



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Pre-proyecto de Investigación. Interdisciplina en el campo de la Salud Mental en el SNIS: Un estudio de caso múltiple

Universidad de la República – Facultad de Psicología

Estudiante: Mateo Galeano Feo
CI 4.778.779-8

Tutora: Prof. Tit. Mag. Silvana Contino
Revisora: Prof. Asist. Mag. María Eugenia Viñar

Montevideo
Julio de 2024

Resumen

El presente pre-proyecto de investigación se propone aportar datos significativos acerca del estado de algunas prácticas interdisciplinarias dentro del campo de la Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de la República Oriental del Uruguay a partir de un estudio multicaso. Se parte de la constatación de discordancias entre lo establecido en el marco normativo vigente y la realidad concreta de los equipos de Salud Mental en prestadores de salud del SNIS, donde estudios previos revelan escasas posibilidades para el desarrollo de prácticas interdisciplinarias en Salud Mental. Para esto se plantea una investigación cualitativa de aproximación fenomenológico-descriptiva. En el marco de ésta, se realizará observación no-participante de los procesos de trabajo de dos equipos de Salud Mental del SNIS, uno perteneciente a una institución pública y otro a una privada, y se realizarán entrevistas en profundidad a lxs integrantes de ambos equipos. Se espera que a través de esta metodología puedan obtenerse datos originales y significativos a partir de la contrastación entre lo observado por el equipo de investigación y las experiencias narradas y sentidos asignados a las prácticas por parte de lxs profesionales involucradxs en las mismas.

Palabras clave: Interdisciplina - Prácticas en Salud Mental - Equipos de Salud Mental

Índice

A- Fundamentación y Antecedentes	
A.1- Fundamentación	
A.1.1 Introducción.....	4
A.1.2 Las prácticas interdisciplinarias en Salud Mental en el marco normativo uruguayo.....	5
A.2 Antecedentes.....	6
A.2.1- Europa.....	6
A.2.2- Latinoamérica.....	7
A.2.3- Uruguay.....	9
B- Marco Teórico	12
B.1 Salud Mental.....	13
B.2 Interdisciplina.....	14
B.2.1- Algunas características del trabajo interdisciplinario.....	15
B.2.2- Herramientas para la Interdisciplina.....	16
C- Problema, Objetivos y Preguntas de Investigación	
C.1- Problema de Investigación.....	17
C.2- Objetivo General.....	17
C.3- Objetivos Específicos.....	18
C.4- Preguntas de Investigación.....	18
D- Metodología	
D.1- Aspectos Metodológicos Generales.....	18
D.2- Participantes.....	19
D.3- Recolección de datos.....	19
D.4- Análisis de datos.....	19
D.5- Procedimiento.....	19
E- Cronograma de ejecución	20
F- Consideraciones Éticas	20
G- Resultados esperados y plan de difusión	
G.1- Resultados esperados.....	21
G.2- Plan de difusión.....	22
F- Alcances y limitaciones	22
Referencias Bibliográficas	23
Anexos	27

A- Fundamentación y antecedentes

A.1- Fundamentación

A.1.1- Introducción

El presente pre-proyecto de investigación se propone aportar datos significativos acerca del estado de algunas prácticas interdisciplinarias dentro del campo de la Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de la República Oriental del Uruguay a partir de un estudio multicaso.

El interés por estudiar esta realidad surge de la experiencia transitada por el autor del presente trabajo como Practicante de Psicología dentro del Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud, en el marco del Convenio entre Facultad de Psicología de la Universidad de la República (FPsico–UDELAR) y la Administración de Servicios de Salud del Estado del Ministerio de Salud Pública (ASSE-MSP), firmado en el año 2009. Dicha experiencia tuvo lugar entre el primero de febrero de 2023 y el 31 de enero de 2024 en la zona oeste de Montevideo, Uruguay.

A lo largo de este tránsito como Practicante, pudo observarse ciertas discordancias entre lo establecido en la legislación vigente en Uruguay para el campo de la Salud Mental y las prácticas que efectivamente se llevan adelante. En concreto, a través del trabajo en la Policlínica Maracaná Sur (RAP-ASSE) y del diálogo permanente con profesionales y usuarixs, se constataron bajos niveles de coordinación y de trabajo interdisciplinario en dicho campo. En contraste con esto, aun en el marco del Practicantado y a través del trabajo en el dispositivo “Movimiento para las Autonomías” (RAP-ASSE)¹, pudieron observarse diversas modalidades de trabajo interdisciplinario, pero que se mostraban en gran medida limitadas por mandatos institucionales que parecieran no condecir con la normativa vigente.

A partir de estas primeras observaciones surge la inquietud de realizar un estudio que pueda aportar datos sobre esta realidad percibida a partir de la observación directa de la labor de equipos interdisciplinarios de Salud Mental. A su vez se plantea la realización de entrevistas semiestructuradas en profundidad a profesionales de estos mismos equipos con el fin de triangular con lo surgido de dichas observaciones, y poder así generar una imagen

¹ Movimiento para las Autonomías es un dispositivo sustitutivo a las instituciones manicomiales-asilares sociocultural y productivo, enmarcado en la Ley de Salud Mental N°19.529 que promueve autonomía mediante la participación de las personas en distintas experiencias comunitarias y realiza acompañamiento a los procesos personales y colectivos en el Oeste de Montevideo (Noya, 2019). Dicho dispositivo pertenece a la RAP y responde directamente a la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables del MSP.

de los procesos de trabajo interdisciplinario llevados adelante que incorpore un análisis de los sentidos y fundamentaciones que lxs trabajadorxs asignan a dichos procesos.

A.1.2- Las prácticas interdisciplinarias en Salud Mental en el marco normativo uruguayo

Las prácticas en Salud Mental en el ámbito de la salud pública en el Uruguay al día de hoy se encuentran reguladas fundamentalmente por la ley N°19.529, “de Salud Mental”, aprobada por el parlamento uruguayo en agosto de 2017. Esta refleja a su vez muchos de los principios establecidos en la conferencia de Alma Ata (OMS, 1978) respecto de la priorización del Primer Nivel de Atención en Salud.

La mencionada Ley establece que la Salud Mental “es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos”, y que forman parte de dicho campo las prácticas orientadas a la “promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación” (Artículo 2, “Definición”). De esta forma queda de manifiesto, ya desde su definición, una perspectiva multidimensional de la Salud Mental, que implica necesariamente un trabajo desde la multiplicidad y complementariedad de enfoques.

Por otra parte en su Artículo 3 la Ley establece, entre otros Principios Rectores, el reconocimiento de la persona de manera “integral” y “singular” (Literal A), así como “la calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario” (Literal F). Dictamina, a su vez, en su Artículo 19 (“Equipos interdisciplinarios”) que “la atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia” (p 8).

Por su parte el Plan Nacional de Salud Mental vigente (MSP, 2020) incluye al carácter interdisciplinario entre la lista de cualidades que podrían eventualmente llevar a un plan “exitoso” (p 9), al tiempo que establece la necesidad de fortalecer el trabajo en equipos interdisciplinarios, partiendo del análisis de que “aún persisten estructuras donde el equipo existe, pero su función se traduce en el trabajo individual de cada profesión, no alcanzando la mirada y el abordaje integral intersectorial que las personas requieren” (p 21).

A partir de esta breve referencia al marco normativo vigente, puede apreciarse la relevancia de estudiar el estado de situación y las experiencias de trabajo interdisciplinario en las prestaciones de Salud Mental del SNIS.

A.2- Antecedentes

A continuación se realiza una breve reseña de antecedentes de investigación en el campo de las prácticas interdisciplinarias en Salud Mental comenzando por las llevadas a cabo en Europa, para pasar luego a las realizadas en otros países de Latinoamérica y finalmente a Uruguay.

A.2.1- Europa

En Irlanda, Maddock (2015) realizó un estudio de caso con el fin de conocer el funcionamiento de un equipo interdisciplinario de Salud Mental desde una aproximación interpretativa-fenomenológica valiéndose de entrevistas semiestructuradas y procesos estructurados de observación no-participante.

El autor señala que, si bien existe un gran acopio de literatura actual que recomienda y fundamenta la implementación de equipos interdisciplinarios como la forma más eficaz y eficiente de trabajar en este campo, existe escasa investigación disponible acerca de cómo efectivamente funcionan dichos equipos.

El estudio revela una preponderancia del profesional psiquiatra en la conducción de las reuniones de equipo y la toma de decisiones, al tiempo que el profesional de la psicología fue, de todos los profesionales del equipo, el que tuvo menos participación, ya que era el que contaba con menos horas de trabajo asignadas, y el que menos influía en las decisiones. Revela también la existencia de modelos diferentes de análisis y abordaje coexistiendo en el equipo, con una clara predominancia del modelo médico sobre los demás, y señala como una consecuencia de esto el hecho de que en muchos casos la pauta farmacológica era la única aproximación terapéutica aplicada. Apunta además que el equipo se auto-percibía en gran medida dividido en dos grupos: el de perspectiva psico-social por un lado, y el de perspectiva médica por otro, teniendo el primero un nivel sustancialmente menor de poder de decisión; dichas percepciones van en el mismo sentido de lo observado por el investigador. El autor señala, sin embargo, que la composición diversa del equipo estudiado le permitía ciertas ventajas respecto de los abordajes unidisciplinares, entre los que destaca una capacidad superior para la solución de problemas vinculada al intercambio abierto de ideas y evaluaciones más abarcativas de situaciones y necesidades, en los casos en que esto efectivamente sucedía.

Por su parte, García López (2004) en base a la sistematización de su labor como Trabajadora Social en un equipo de Salud Mental Comunitaria de la Comunidad de Madrid, realiza un análisis de la forma de funcionamiento de éste aportando casos de toma de decisiones respecto de modalidades de intervención como ejemplo de dicho funcionamiento.

Sus observaciones coinciden en gran medida con los hallazgos de Maddock (2015), poniendo de relieve la coexistencia de paradigmas disímiles que se corresponden con la formación específica de cada profesional pero que encuentran dificultades para dialogar, con una clara primacía del paradigma médico-biologicista por sobre los demás (García López, 2004). Esta primacía vendría establecida desde el propio marco normativo, donde el psiquiatra es designado como líder y coordinador del equipo. Esto redundaría a su vez en una discordancia entre una demanda que cada vez está más ligada a lo “psicosocial” (p 282) y respuestas cada vez más centradas en la farmacoterapia y, en opinión de la autora, cada vez menos efectivas.

Continúa afirmando que, si bien la denominación de “interdisciplinar” persiste, este se ha vuelto un término “vacío de contenido” (García López, 2004, p 277) ya que, en la práctica, el diálogo disciplinar es muy limitado, con una clara tendencia al empeoramiento en este sentido. Agrega además que esta situación es sostenida por los “mandatos” (p 282) institucionales, cuyas presiones y falta de recursos, además, llevan progresivamente a una situación generalizada de *burn-out* en los equipos comunitarios de Salud Mental.

A través del registro de casos reales aportado (García López, 2004, pp 283-285), la autora ejemplifica cómo las instancias en las que se logra un diálogo interdisciplinar amplio y profundo llevan a decisiones más eficaces, mientras que, cuando las decisiones son tomadas desde una visión restringida a un único campo de conocimiento (situación que se va volviendo predominante), las intervenciones suelen no conseguir los resultados esperados.

A.2.2- Latinoamérica

De Lellis y Fotia (2019) realizaron un estudio en dos instituciones sanitarias de la ciudad de Buenos Aires, una de ellas de carácter público y otra privada, proponiéndose identificar “las concepciones profesionales en torno a la práctica interdisciplinaria y la alteridad disciplinaria de acuerdo a su rol profesional”, así como “las condiciones facilitadoras y/u obstaculizadoras para la práctica interdisciplinaria en los servicios de salud mental” (p 185).

Coincidiendo con los hallazgos de los estudios europeos ya citados (Maddock, 2015; García López, 2004), los investigadores encontraron una alta jerarquización de los procesos de toma de decisiones, con una clara preponderancia de lxs profesionales psiquiatras y del paradigma médico por sobre las demás profesiones y perspectivas (de Lellis y Fotia, 2019). Hallaron también un escaso conocimiento por parte de lxs profesionales respecto de las competencias y saberes de sus colegas de otras disciplinas. Estos dos elementos fueron caracterizados como claros obstáculos para el buen desarrollo de las prácticas y la eficacia de las intervenciones, a lo que se suma, también en línea con los recién citados estudios, la escasez o, en muchos casos, ausencia de formación práctica en interdisciplina a lo largo de los estudios de grado.

En el estudio se señala a su vez que, en el caso de la institución pública, lxs únicxs profesionales percibidxs como formando parte del equipo de Salud Mental propiamente dicho eran psicólogxs y psiquiatras, mientras que profesiones tales como enfermería, terapia ocupacional y trabajo social eran consideradas accesorias y mostraban menor incidencia en la toma de decisiones. Los autores concluyen que la mayor parte de las prácticas que las instituciones asumen como “interdisciplinarias” corresponderían más bien a acciones multidisciplinarias o apenas de interconsulta, situación reconocida por muchas de las personas entrevistadas, quienes señalan una brecha importante entre lo “formulado teóricamente” y “la práctica efectiva de los servicios” (de Lellis y Fotia, 2019, pp 193-194).

En la ciudad brasileña de Campina Grande, en el estado de Paraíba, Azevedo et al. (2012) llevaron adelante un estudio cualitativo en el cual realizaron entrevistas en profundidad a 19 profesionales de la red de atención en Salud Mental seleccionadxs de forma intencionada, en el cual obtuvieron resultados considerablemente disímiles a los de los estudios citados *supra* en el presente apartado.

Este estudio en particular encontró que, acorde a los testimonios recogidos y sistematizados, el trabajo llevado adelante era, en general, efectivamente interdisciplinario, sin una división claramente jerárquica ni excesivos parcelamientos disciplinares. Los testimonios reflejaban una evaluación en general positiva de las intervenciones realizadas y los resultados conseguidos, y un sentimiento igualmente generalizado de compañerismo y bienestar en el trabajo (esto último en fuerte contraste por lo constatado en la Comunidad de Madrid por García López, 2004).

Las autoras (Azevedo et al., 2012) atribuyen estos resultados a una serie de factores entre los que destacan no sólo un marco normativo que promueve la interdisciplina sino también una identificación de lxs profesionales con los principios establecidos por dicho

marco y un apego desde todos los niveles institucionales a éste, que a su vez redundan en importantes recursos disponibles para este tipo de prácticas. Destacan a su vez, muy particularmente, la perspectiva comunitaria y participativa que no sólo genera lógicas más horizontales entre lxs profesionales, sino que incluye también a la comunidad en general y a lxs usuarixs en particular; en esta misma línea, ponen de relieve que la organización de los servicios de Salud Mental es pensada acorde a la realidad de cada comunidad y no como un modelo preestablecido a replicar.

A pesar de los auspiciosos resultados de este estudio, se entiende necesario mencionar que el mismo se valió únicamente del método de entrevista como técnica para la recolección de datos y, por tanto, no cuenta con elementos extraídos de la observación directa. Tampoco aparecen en el artículo ejemplos casuísticos sobre las intervenciones, ni descripciones detalladas de los procesos de toma de decisiones, elementos que sí se encuentran muy presentes en los estudios referidos *supra*, lo cual limita la posibilidad del lector de hacer lecturas más directas a partir de los datos “crudos”.

A.2.3- Uruguay

Casal (2022) realizó un estudio descriptivo-exploratorio en tres policlínicas de ASSE ubicadas en el noreste de Montevideo con el fin de conocer las percepciones sobre interdisciplina presentes entre los integrantes de los equipos de salud² de las mismas.

El autor señala que existe una percepción generalizada de la interdisciplina como un elemento necesario y fundamental para el abordaje de problemáticas complejas vinculadas a la Salud entre lxs profesionales entrevistadxs, pero que coexisten definiciones considerablemente disímiles del concepto “interdisciplina” entre lxs entrevistadxs; éstas irían desde concepciones que dan un valor central a la calidad de la interacción entre los distintos saberes -incluidos en algunos casos los saberes no-profesionales- y a la capacidad de llegar a producciones colectivas singulares, hasta nociones ancladas en una idea más cercana a la mera suma de conocimientos disciplinares. En consonancia con la existencia de dicha polisemia, aparecen testimonios tanto de prácticas propiamente interdisciplinares (ver “Marco Teórico”), como de abordajes donde, aun siendo multidisciplinarios, no existe un diálogo realmente fluido entre lxs profesionales ni se toman decisiones de forma colectiva.

Por otra parte aparecen también comentarios que buscan fundamentar la importancia de la interdisciplina, algunos centrados en la relevancia de contemplar en todos

² Nótese que este estudio (Casal, 2022) no se limita a equipos de Salud Mental sino que toma como muestra al conjunto de profesionales de la salud trabajando en las policlínicas estudiadas.

los casos los efectos de “lo social”, y otros más centrados en su eficacia para el abordaje de los “casos difíciles”. Cabe mencionar también que gran parte de lxs entrevistadxs consideran que para el ejercicio de la interdisciplina son relevantes tanto factores personales (como el respeto y la apertura, entre otros), como la formación en interdisciplina durante el grado universitario (punto identificado en muchos casos como deficitario) y cierta capacidad de comprender las especificidades de otras disciplinas.

Por último, aparece como un factor destacado entre lxs entrevistadxs las discordancias entre “la teoría”, donde los discursos político-institucionales dicen jerarquizar la interdisciplina, y la práctica, donde las políticas institucionales no facilitan recursos ni habilitan tiempos suficientes para dicho fin, situación que se exagera en los prestadores privados y que redundando en grandes deficiencias en cuanto a elaboración conjunta y capacidad de planificación.

Fernández Castrillo et. al (2018) realizaron un estudio sobre la calidad de las prestaciones de Salud Mental en el SNIS en el cual incluyeron tanto la perspectiva de técnicxs como de usuarixs, y el propio estudio fue realizado por un equipo interdisciplinario.

Respecto de la perspectiva de lxs técnicxs en lo que refiere específicamente al trabajo interdisciplinario en el marco de las prestaciones en Salud Mental del SNIS, las autoras lo resumen de la siguiente manera:

se advierte cierta preocupación por la tendencia a la reproducción de la lógica de consultorio en el espacio institucional, por experimentar allí condiciones de aislamiento profesional, con escasas posibilidades de intercambio y fragilidad de la red de referencia y contrareferencia con el resto del sistema y con la comunidad. En términos generales, afirman que **las condiciones no estarían dadas para la interdisciplina, que la propia política plantea como central para el cambio de modelo**. Estas condiciones son consideradas utópicas de llevar a cabo en nuestro medio porque según coinciden varios entrevistados, **la mayoría de los profesionales “no tiene integrado el trabajo interdisciplinario a sus prácticas, no están formados y no les interesa”**. (Fernández Castrillo et al., p 100; negrita agregada)

Otro hallazgo relevante en lo relativo a las prácticas interdisciplinarias es que los Comités de Recepción no se encuentran funcionando como tales en un gran número de instituciones, sino que la recepción se realiza como un acto puramente administrativo. Señalan a su vez que en muchas de las instituciones donde formalmente sí existen los

Comités éstos “están integrados [únicamente] por un psiquiatra y un psicólogo que no siempre trabajan simultáneamente [...] sino que hacen entrevistas por separado y en algunos casos específicos recurren a los trabajadores sociales” (p 99).

Respecto de las reuniones de equipo de Salud Mental, las autoras señalan que “en el sector privado prácticamente no existen” mientras que en ASSE se realizarían habitualmente de forma semanal pero, según indican un gran número de entrevistadxs, ésto “no resultaría suficiente para consolidar la interdisciplina, apenas serviría para establecer coordinaciones entre algunos miembros de los equipos”, en tanto el tiempo requerido para las actividades que los entrevistados consideraban propiamente interdisciplinarias “no suele estar contemplado dentro de las pautas institucionales ni de los honorarios” (p100).

En cuanto a la perspectiva de lxs usuarixs, éstxs manifiestan en general una fuerte crítica a lo que se percibe como una prevalencia injustificada de los abordajes exclusivamente farmacológicos al tiempo que reclaman la generación de más “dispositivos comunitarios” (p 101) y la reactivación de las Comisiones de Salud Mental, las cuales, según los testimonios recogidos, habrían dejado de funcionar.

Cabe mencionar que las autoras finalizan el informe destacando como una gran dificultad y limitante para el estudio la reticencia de los prestadores privados de salud a aportar datos para la investigación.

En lo que respecta específicamente a los estudios de caso de prácticas interdisciplinarias en Salud Mental en Uruguay, Silva et al. (2019) llevaron adelante un estudio de tipo cualitativo sobre los procesos de externación en el Hospital Vilardebó, en el cual entrevistaron a 20 trabajadorxs de 4 profesiones distintas (enfermería, trabajo social, psiquiatría y psicología).

De los testimonios recogidos, lxs autorxs destacan un fuerte contraste en las percepciones de profesionales de distintas áreas en torno a las prácticas llevadas adelante: profesionales de psiquiatría sostienen en general que dentro del Hospital se trabajaba en interdisciplina de forma cotidiana, mientras que el resto de profesionales entienden que las prácticas interdisciplinarias reales son muy escasas. Lxs autorxs detallan que esas diferencias de percepción se deberían a la coexistencia de concepciones muy distintas en torno a los conceptos de Salud Mental e Interdisciplina, así como a una persistencia de la hegemonía psiquiátrica en los procesos de toma de decisión dentro del hospital.

Esto estaría relacionado a su vez con deficiencias en elementos críticos para la posibilidad de ejercicio de la interdisciplina, entre las que destacan la escasa formación para

dicho fin en la mayoría de las carreras universitarias, el insuficiente desarrollo de características personales necesarias como la capacidad de escucha y de trabajo horizontal, y cuestiones vinculadas al funcionamiento institucional que refuerzan la hegemonía médica. Lxs autorxs concluyen que, si bien el Hospital contrata profesionales de diversas disciplinas, el trabajo interdisciplinario en el mismo es muy escaso, constituyendo esto una gran brecha entre lo discursivo y la práctica concreta.

Por último, López (2015) realizó un estudio en el Centro Reina Reyes en el Oeste de Montevideo, valiéndose de observación directa participante y de entrevistas en profundidad.

Las personas entrevistadas coinciden en no caracterizar al Centro como un espacio interdisciplinario sino como un lugar en el que la interdisciplinariedad se logra por momentos. En consonancia con lo planteado por Azevedo (2012), se destacan como posibilitadores de las prácticas interdisciplinarias la identificación ético-política de los profesionales con dicha forma de trabajo y el diálogo fluido con “agentes externos” no-profesionales a través de procesos de participación comunitaria. Se destacan también como factores relevantes, que pueden funcionar como obstáculos o facilitadores, las características personales y los procesos formativos. En esta línea se pone de relieve que la formación en trabajo interdisciplinario en la educación terciaria en Uruguay es extremadamente deficitaria, lo cual tiene efectos visibles en el Centro, en donde por momentos se forman “bandos” que pueden aparecer en ocasiones excesivamente preocupados por la defensa de sus perspectivas disciplinares.

La autora concluye que lograr procesos de trabajo interdisciplinario propiamente dichos es una tarea sumamente compleja, pero que cuando esto sucede los resultados de las intervenciones son de una calidad significativamente superior y los actores implicados dan cuenta de mayores aprendizajes.

B- Marco Teórico

Se impone a efectos del presente proyecto problematizar teóricamente dos grandes conceptos presentes en su título: Salud Mental e Interdisciplina, y hacer algunas precisiones sobre las implicancias de las prácticas interdisciplinares.

B.1 Salud Mental

Como puede apreciarse a partir de los antecedentes reseñados (ver “Antecedentes”), tanto el término “Salud Mental” como “Interdisciplina” se caracterizan por ser polisémicos, lo cual tiene considerables efectos sobre la posibilidad de diálogo inter e incluso intradisciplinar. Se propone pensar estos conceptos desde el paradigma de la complejidad (Morin, 2007), intentando abordarlos como productos históricos situados en un contexto sociocultural, y teniendo en cuenta que cierto grado de polisemia o ambivalencia será difícil de sortear.

En este espíritu y en lo que concierne al concepto de Salud Mental, Stolkiner (1988) señala que el mismo parte de un “equivoco de raíz dualista” (p 32), es decir, desde la desatinada noción de que salud y enfermedad son dos estados totales claramente discernibles, y de que mente y cuerpo son asimismo entidades claramente distinguidas y que merecen ser tratadas por separado. Éste “equivoco” propio de la cultura occidental, tiene su raíz particularmente en el dualismo cartesiano, tradición filosófica que se encuentra también en los cimientos del saber científico que dará lugar a la parcelación disciplinar junto con el desarrollo de las universidades modernas (Morin, 1990).

Es a partir del desarrollo creciente de esta especialización disciplinar y de la ciencia positivista que se instalará como hegemónico el modelo biomédico (Morin, 1990) si bien sus antecedentes pueden rastrearse a la medicina hipocrática. Éste modelo se mantendrá fiel a los dualismos mente-cuerpo y salud-enfermedad, y se centrará en el diagnóstico descriptivo de enfermedades, la proposición de etiologías fundamentalmente biológicas y, en consecuencia, la prescripción de terapéuticas centradas en lo farmacológico (Natella, 2017). Este modelo, predominante hasta la actualidad, ha demostrado ser excesivamente reduccionista y totalitario, pretendiendo abarcar todo lo relacionado a la dolencia humana bajo una misma aproximación observacional, explicativa y heurística, y sin embargo mostrándose ineficaz para el abordaje de muchas de las problemáticas incluídas bajo su égida (Stolkiner, 1987).

En contraposición a este modelo, Engel (1977) propone una nueva medicina “holística”, basada en un nuevo modelo al que dió en llamar “biopsicosocial”, el cual entiende a la salud-enfermedad como un proceso continuo propio del ser humano, conceptualizado este último como una unidad total e indivisible, inalienable de su entorno ambiental y sociocomunitario. Si bien este modelo está lejos de instalarse como predominante, el mismo ha inspirado grandes cambios en las concepciones de Salud a nivel mundial, al menos en el campo de lo teórico, y ha mostrado grandes ventajas en los lugares donde ha sido efectivamente aplicado (OPS, 2019). Como puede apreciarse al contrastar la

normativa nacional vigente con los antecedentes reseñados (ver “Fundamentación y Antecedentes”), este modelo ha impregnado fuertemente los discursos y la legislación nacional, pero su pasaje al campo de la práctica se encuentra en nuestro país en un estado extremadamente germinal, lo cual está en estrecha relación con muchas de las dificultades identificadas en los estudios revisados.

A efectos de este estudio, se partirá de la noción de sujeto humano como ser bio-psico-social, cuyos procesos de bienestar-malestar estarán ligados a todos los aspectos de su existencia, y cuya salud será, consecuentemente, concebida de forma integral. En esta concepción, la idea de “Salud Mental” pierde su sustancia como objeto dado *a priori* y pasa a ser entendida como producto de una segmentación artificial cuyo valor es meramente operativo. En este marco, optaremos por definir al objeto de la Salud Mental, siguiendo a Galende (2015), como “el sujeto en su existencia real” (p 173), y el vínculo de las múltiples dimensiones de dicha existencia con los mencionados procesos de bienestar-malestar, lo cual implica necesariamente trascender lo estrictamente ligado a la enfermedad mental (Silva et. al, 2019).

La utilidad operativa del término mencionada líneas arriba estará dada en tanto nos permitirá hacer referencia a un grupo de “prácticas sociales” (Stolkiner, 1988, p 32) que apuntarían al bienestar subjetivo de las personas de acuerdo a los valores singulares de cada sociedad en un momento histórico específico. La idea de “Salud”, entonces, no irá más allá de designar un estado de bienestar posible y dinámico de acuerdo a ciertos valores dados y, acorde a nuestra perspectiva, las prácticas serán de mayor calidad en tanto mayor lugar se dé a los valores del sujeto y la comunidad, en contraposición a la idea de que los valores que deberían primar serían los de lxs técnicxs implicadxs, los de una determinada disciplina o, incluso, los de normativas de distinta índole (Galende, 2015; OPS, 2019).

B.2 Interdisciplina

La noción de Interdisciplina de la que se parte estará en estrecha relación a esta concepción integral y compleja de Salud. Los cuestionamientos planteados respecto de la “objetivización” de nociones que nacen en realidad como artificios técnicos, se extiende también, siguiendo a Najmanovich (1998), a la cuestión de la parcelación disciplinar. De esta forma la creación de categorías para el estudio de la realidad, y en particular del ser humano, que da lugar a la creación de los distintos saberes disciplinares, se traduce en un fraccionamiento del sujeto en función de dichas categorías artificiales que terminan por confundirse con realidades objetivas. Las pujas disciplinares llevan a su vez a perspectivas monocausalistas y totalitarias, que confunden la supuesta parte por el todo, situación que

dificulta seriamente la posibilidad de trabajar en el campo de la Salud desde perspectivas integrativas y holísticas (Engel, 1977; Stolkiner, 1987).

En un contexto de predominio de aproximaciones como las recién descritas en el campo de las prácticas en Salud, la Interdisciplina viene a cumplir la función de re-asociar lo disociado (Bleger, 1985). Se entenderá entonces la Interdisciplina como un posicionamiento ético, epistemológico y metodológico tomado para el abordaje de una problemática determinada que implica una superación de las fronteras trazadas entre los objetos apropiados por los distintos saberes disciplinares, así como las trazadas entre teoría y práctica, sin negar ni pretender eliminar los distintos conocimientos disciplinares (Morin, 1990; Menéndez Osorio, 1998; Saforcada, 1999; Garbus et al., 2007).

B.2.1- Algunas características del trabajo interdisciplinario

Como señala Menéndez Osorio (1998), el trabajo interdisciplinario es mucho más que la mera interacción de profesionales de diversas áreas en un mismo espacio de trabajo. Esto nos pone frente a la necesidad de precisar algunos indicadores que nos permitan delimitar qué prácticas serán, a efectos del presente estudio, consideradas interdisciplinarias, y cuáles no; ello sin dejar de tener en cuenta que ésta será una de tantas definiciones posibles, y que justamente la existencia constatada en la bibliografía de un alto nivel de polisemia es un punto nodal de muchas de las conflictivas y dificultades que se presentan para el trabajo interdisciplinario.

Se comenzará por delimitar algunos elementos que no constituyen por sí mismos procesos de trabajo interdisciplinario: las interconsultas puntuales y aisladas; el mero intercambio de opiniones entre profesionales de distintas áreas; el trabajo conjunto donde alguna o varias disciplinas quedan subordinadas a otra(s) (Najmanovich, 1998). Estos elementos pueden formar parte de lo que Morin (1990) denomina, por ejemplo, multidisciplina o polidisciplina, pero serán dejados por fuera de la clasificación de trabajo interdisciplinario. Esta precisión cobra particular relevancia al constatar que en los antecedentes reseñados (ver “Antecedentes”) aparecían ejemplos de profesionales que identificaban la presencia de alguno de estos elementos como motivo suficiente para afirmar que existía trabajo interdisciplinario, cayendo en lo que Caetano (2005, citado en Silva et al., 2009) denomina “simulacro de interdisciplina”.

Se considerará entonces “trabajo interdisciplinario” a aquellas prácticas donde exista un diálogo horizontal centrado en una situación-problema a través del cual profesionales de distintas áreas logren generar una visión y una forma de abordaje común que exceda los

saberes disciplinares de cada una (Garbus et al., 2007). Cabe mencionar que, de acuerdo a López (2015) y Casal (2022), un trabajo de estas características en muchos casos se conseguirá por “momentos”, incluso en condiciones adversas, siempre y cuando estén dadas ciertas condiciones mínimas. Este punto será retomado en el siguiente numeral.

B.2.2- Herramientas para la Interdisciplina

La posibilidad de desarrollo del trabajo interdisciplinario así definido está íntimamente vinculada a la disposición por parte de los equipos de ciertas condiciones y competencias que Silva et al. (2019) agrupan bajo tres categorías: marco institucional, formación profesional y vínculo interpersonal.

Respecto del marco institucional, si se piensa en el caso específico de los prestadores de salud, las prácticas interdisciplinarias se verán facilitadas, más allá de la obvia necesidad de contratación de profesionales de distintas disciplinas, por la priorización de éstas prácticas en los marcos normativos (OPS, 2019), la promoción de relaciones no-jerárquicas entre las disciplinas, y la asignación de horas de trabajo para espacios tales como reuniones de equipo, interconsultas y espacios de formación en interdisciplina (Garbus et al., 2007).

En cuanto a la formación profesional, adquiere especial relevancia la formación en interdisciplina a lo largo de los estudios de grado, tanto teórica como práctica (Suter et al., 2009); esto último implicará la implementación de prácticas pre-profesionales interdisciplinarias, requiriendo esto de coordinaciones, por ejemplo, entre distintas facultades o instituciones, apuntando al desarrollo desde el grado de las dos competencias básicas definidas por Suter et al. (2009) para la interdisciplina: la comprensión y valoración de la labor de otras disciplinas, y la comunicación interprofesional eficiente. La formación teórica, por su parte, implica tanto los aspectos éticos, epistemológicos y metodológicos de la interdisciplina, como el abandono de discursos que tienden a jerarquizar a ciertas disciplinas sobre otras en el imaginario de los futuros profesionales a nivel explícito o implícito (Rojas, 2012).

En lo que atañe a las características personales, no se debe perder de vista que las prácticas interdisciplinarias son ante todo experiencias de trabajo en equipo, y particularmente en el campo de la Salud implican además siempre a un tercero, tratándose de un individuo, un grupo o una comunidad. Por lo tanto los procesos de trabajo interdisciplinario ocurrirán siempre en el seno de encuentros intersubjetivos (Gribov, 2017). Esto implica necesariamente que para que las prácticas interdisciplinarias puedan

desarrollarse, lxs profesionales deberán contar en cierta medida con una serie de aptitudes personales, entre las cuales podemos destacar, haciendo una somera recopilación de las mencionadas en algunos de los estudios tomados como antecedentes (ver “Antecedentes”) la capacidad de negociación, la disposición para trabajar en equipo de forma horizontal, la capacidad de escucha, el respeto y la aptitud para trabajar con el conflicto.

Por último podríamos añadir a estas herramientas que hacen a la posibilidad del trabajo interdisciplinario una última noción: el trabajo interdisciplinario en el campo de la Salud implica un más allá, no sólo de cada disciplina (Morin, 1990), sino incluso de la propia interdisciplina, y es el del saber “no-disciplinar”. Los estudios reseñados de López (2015) y Azevedo et al. (2012) ejemplifican que, en el terreno de la Salud, las experiencias interdisciplinarias más exitosas coinciden con la apertura y facilitación a la participación comunitaria, es decir, cuando los saberes disciplinares dan paso y habilitan como interlocutor a las personas portadoras de otros saberes, quedando las buenas prácticas en Salud y las buenas prácticas democráticas estrechamente relacionadas (Galende, 2015; OPS, 2019).

C- Problema, Objetivos y Preguntas de Investigación

C.1- Problema de Investigación

A partir de la revisión de antecedentes y de la normativa vigente (ver “Fundamentación y Antecedentes”), se constatan diferencias entre lo establecido por esta última y las realidades concretas de los Equipos de Salud Mental de distintos prestadores de salud del SNIS en lo que respecta a la posibilidad del desarrollo de prácticas interdisciplinarias. Se observa también la existencia de concepciones muy disímiles sobre Salud Mental y prácticas interdisciplinarias al interior de los equipos, así como valoraciones notoriamente desencontradas sobre el efectivo ejercicio de las mismas. Se plantea por tanto la relevancia de conocer en mayor profundidad las experiencias de trabajo interdisciplinario de los equipos de Salud Mental del SNIS y el funcionamiento de dichos equipos desde la perspectiva de lxs profesionales que los integran.

C.2- Objetivo General

Aportar al conocimiento del estado actual de las prácticas interdisciplinarias en Salud Mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud a partir de un estudio de caso múltiple.

C.3- Objetivos Específicos

1. Describir los procesos de trabajo interdisciplinario en el campo de la Salud Mental en una institución pública y una privada del Sistema Nacional Integrado de Salud.
2. Registrar y clasificar las percepciones de lxs profesionales respecto de las interacciones entre especialistas de distintas disciplinas en el marco de las prácticas interdisciplinarias en Salud Mental en el SNIS.
3. Analizar las convergencias y desencuentros entre los datos recogidos mediante observación directa y los recogidos mediante entrevista.
4. Determinar obstáculos y facilitadores para la práctica interdisciplinaria en el marco de las instituciones estudiadas.

C.4- Preguntas de Investigación

1. ¿Qué prácticas interdisciplinarias en Salud Mental llevan adelante los equipos estudiados? ¿Cómo experimentan lxs profesionales involucrados dicho trabajo?
2. ¿Cómo perciben lxs profesionales las interacciones con especialistas de otras disciplinas?
3. ¿Qué niveles de convergencia y divergencia existen entre lo observado y lo expresado por lxs profesionales en entrevista?
4. ¿Qué obstáculos y facilitadores pueden identificarse para las prácticas interdisciplinarias en el marco de instituciones pertenecientes al SNIS?

D- Metodología

D.1- Aspectos Metodológicos Generales

El presente proyecto plantea una investigación cualitativa de estudio de caso desde una aproximación interpretativo-fenomenológica (IPA). A través de esta metodología se intentará contrastar lo observado con la experiencia relatada por lxs participantes y se intentará identificar los distintos sentidos que lxs profesionalxs asignan a dichas vivencias (Biggerstaff & Thompson, 2008).

D.2- Participantes

Se seleccionarán intencionadamente y por conveniencia dos equipos de Salud Mental de instituciones del SNIS, una de ellas del ámbito privado y otra del ámbito público. Se entrevistará al total de integrantes de ambos equipos.

D.3- Recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizarán los métodos de entrevista semiestructurada en profundidad (ver Anexo 1) y observación directa no participante. Esta última se realizará durante las instancias de reunión de equipo o similar, siendo observadas 4 instancias consecutivas en cada equipo.

D.4- Análisis de datos

Los datos serán interpretados de acuerdo a la metodología IPA, generando categorías de análisis en base a los contenidos temáticos recurrentes que emerjan de la lectura de los propios datos recogidos (Smith & Osborn, 2003), tanto de las entrevistas como de los registros de observación directa, dando particular importancia a los sentidos asignados por los propios participantes (Biggerstaff & Thompson, 2008). Se utilizarán también como basamento los conceptos de Salud Mental e Interdisciplina en la variedad de sentidos desarrollados en el apartado “Marco Teórico” del presente trabajo.

D.5- Procedimiento

El contacto inicial se realizará a través de alguno de los miembros de cada equipo, quien extenderá la convocatoria al resto de sus integrantes o a través de quién se coordinará la posibilidad de una conversación con todo el equipo por parte del investigador responsable.

Una vez obtenida la aceptación por parte de los equipos, se harán las gestiones pertinentes en las instituciones en que éstos se desempeñen y se buscarán las aprobaciones de los Comités de Ética correspondientes.

A partir de allí se concertará con los equipos el comienzo de la observación participante y posteriormente comenzarán a coordinarse con cada integrante las entrevistas individuales.

Una vez finalizado el trabajo de campo se procederá al análisis de datos acorde a lo planteado en el numeral 4 del presente apartado y, posteriormente, a la escritura del informe final.

Por último se procederá a dar difusión a los resultados obtenidos acorde a lo pautado en el numeral G.1 del presente proyecto.

E- Cronograma de ejecución

Actividades	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión de antecedentes	■	■										
Ampliación del marco teórico		■	■									
Diagramación de guión de entrevista				■								
Observación no-participante					■	■	■					
Realización de entrevistas						■	■	■				
Procesamiento y análisis de datos								■	■	■		
Escritura de informe final										■	■	
Difusión											■	■

F- Consideraciones Éticas

La investigación se regirá por las disposiciones del Código de Ética Profesional del Psicólogo (2001), así como por lo establecido en el Decreto del MSP N° 379/008 (2008), el cual “tiene por finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, con especial consideración por su dignidad e integridad”.

Atendiendo a dichos estándares, los datos obtenidos a través de las entrevistas y la observación directa serán mantenidos en el anonimato y utilizados expresamente para los fines de la presente investigación y exclusivamente por el equipo a cargo de la misma. A lo

largo de todas las etapas de procesamiento y análisis de datos se utilizarán códigos numéricos para designar a los participantes de la investigación. Asimismo, se maximizarán los esfuerzos para preservar la identidad de lxs participantes durante la escritura del informe final y la etapa de difusión de resultados, evitando dar datos descriptivos sobre las personas y minimizando los datos descriptivos de las instituciones en las que se desempeñan.

Cada equipo recibirá, previo al inicio de la etapa de observación participante, una copia para cada unx de sus integrantes de la hoja información con la descripción del proyecto y sus etapas (ver anexo 2), así como una copia de la hoja de consentimiento informado (ver anexo 3). La firma de ésta última, expresando la comprensión respecto de los términos de la investigación y su libre voluntad de participar de la misma, de cada unx de lxs integrantes del equipo será requisito necesario tanto para la concreción de la etapa de observación como para la realización de las entrevistas.

Previo a la ejecución del presente pre-proyecto, se pedirá el aval de el/los comité/s de ética pertinentes y, en caso de ser necesarios, se harán los ajustes requeridos por éstos.

G- Resultados esperados y plan de difusión

G.1- Resultados esperados

Se espera que este estudio aporte datos significativos sobre el estado de las prácticas interdisciplinarias en el campo de la Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, permitiendo comprender mejor las dinámicas de trabajo de los equipos de Salud Mental.

Se espera además que el proyecto permita dilucidar aspectos que funcionan como obstáculos o facilitadores en los distintos niveles que hacen a la posibilidad del efectivo ejercicio de las prácticas interdisciplinarias; en un contexto donde parece haber un notorio desfasaje entre lo establecido por el marco regulatorio y lo que efectivamente sucede en el campo de las prácticas en Salud Mental, se espera que el contraste entre la observación directa y los datos extraídos de la vivencia relatada de lxs distintxs profesionales pueda aportar a la comprensión tanto de las fortalezas como de los puntos débiles en las dimensiones formativa, institucional, de competencias personales y de interacción con la comunidad.

G.2- Plan de difusión

Los resultados intermedios y finales de la investigación serán difundidos acorde al siguiente cronograma:

- 1. Presentación en jornadas, congresos y ponencias.** Tanto los resultados finales como los intermedios serán presentados en jornadas académicas pertinentes a la temática, priorizando las vinculadas a servicios de la UDELAR del Área Social y Área de la Salud.
- 2. Devolución a los equipos participantes.** Una vez finalizado el estudio y realizado el informe final, se prepararán presentaciones específicas para cada uno de los dos equipos involucrados con el fin de que los resultados obtenidos puedan aportarles información significativa para la comprensión y el enriquecimiento de sus prácticas. La instancia de presentación será además una instancia de diálogo abierto con los equipos.
- 3. Publicación en medios virtuales de Facultad de Psicología.** Se espera poder difundir los resultados finales de este estudio a través de los medios de comunicación virtuales de Facultad de Psicología, como los boletines destinados a estudiantes y docentes.
- 4. Publicación en revistas arbitradas.** A partir de los resultados obtenidos se escribirá un artículo científico que será postulado a distintas revistas arbitradas con competencia en la materia.

F- Alcances y limitaciones

Se entiende que el presente proyecto, al tener la particularidad metodológica de incluir en un mismo estudio la observación directa y la recolección de datos a través de entrevistas, permitirá un gran nivel de profundidad en el análisis de los casos estudiados y se espera que sus resultados puedan ser de utilidad para la comprensión del problema estudiado tanto a la comunidad académica como a los actores con capacidad de decisión en la materia.

Sin embargo, es necesario aclarar que al tratarse de un estudio en profundidad de dos casos particulares, los resultados de este estudio no pretenderán ser generalizables a la realidad de todos los equipos de Salud Mental que trabajan en el marco del SNIS.

Referencias Bibliográficas

- Azevedo, E.; Filha, M. & Silva, P. (2012). Interdisciplinaridade: fortaleciendo a rede de cuidado em saúde mental. *Rev. Enfer. Ufpe*, 6(5), 962-967.
- Biggerstaff, D., & Thompson, A. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Qualitative Methodology of Choice in Healthcare Research. *Qualitative Research in Psychology*, 5(3), 214–224. DOI: <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1080/14780880802314304>
- Bleger, J. (1985). *Temas de Psicología: Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Casal, Pablo (2022). *Percepciones sobre Interdisciplina en profesionales del Primer Nivel de Atención en Salud ASSE*. Trabajo final de especialización. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/5492>
- CPU, FPsi-UDELAR, FPsi-UCU & SPsi (2001). Código de Ética Profesional del Psicólogo/a. Recuperado de: https://www.bps.gub.uy/bps/file/8120/1/codigo_de_etica_profesional_del_psicologo.pdf
- de Lellis, M., & Fotia, G. D. (2019). Interdisciplina y Salud Mental. *Anuario de Investigaciones*, XXVI, 179-187. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/3691/369163433018/369163433018.pdf>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136 <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fernández Castrillo, B. F., Palombo, C., & Moreira, A. (2018). Políticas de salud mental en el Uruguay actual: algunos resultados de investigación. *Argumentum*, 10(3), 94-106. DOI: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.2084>
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Garbus, P., Solitario, R. C., & Stolkiner, A. (2007). Atención Primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental. *Rev Asoc Med Bahía Blanca*, 17(3), 63-8. Recuperado de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1006839/rcambbvol17_3_pag63_68.pdf

- García López, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 17 (2004): 273-287. DOI: <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.5209/CUTS.8463>
- Gribov, D. (2017). ¿Es posible una práctica interdisciplinaria?. En Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria - UDELAR (2017). *Salud mental, comunidad y derechos humanos* (pp223-236). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Ley N°19.529. Ley de Salud Mental. Publicado en *Diario Oficial*, 19/09/2017. Uruguay. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- López, S. (2015). *La construcción interdisciplinaria en la praxis: reflexiones a partir de un caso testigo: Centro Reina Reyes (zona oeste de Montevideo)*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/5492>
- Maddock, A. (2015). Consensus or contention: An exploration of multidisciplinary team functioning in an Irish mental health context. *European Journal of Social Work*, 18(2), 246-261. Recuperado de: <https://eds-p-ebSCOhost-com.proxy.timbo.org.uy/eds/detail/detail?vid=1&sid=ad3e3f09-3ed9-4c40-b71f-3544590ddc27%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=103775224&db=sih>
- Menéndez Osorio, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en Salud Mental. *Rev. Asoc. Esp.* vol. XVIII, n.o 65, pp. 145-150. Recuperada de: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-nacional-del-nordeste/fundamentos/menendez-osoriefederico-psicologia/17854853>
- Ministerio de Salud Pública (2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. Recuperado de: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2008). Decreto N°379/008: Investigación en Seres Humanos. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>
- Morin, E. (1990). Sobre la Interdisciplinariedad. Trabajo presentado en Boletín No. 2 del Centro Nacional de Investigación Científica Interdisciplinaria. 1er. Congreso Internacional de Transdisciplinariedad organizado por la Dirección de Investigaciones

de la U.P.B. Colciencias, CNRS. Embajada Francesa y Unisalle. Recuperado de:
https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/2562/1/Sobre_interdisciplinariedad.pdf

Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Najmanovich, D. (1998) Interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico. *Tramas, Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, IV (4). Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/333948305_Interdisciplina_Riesgos_y_beneficios_del_arte_dialogico

Natella, G. (2017). Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional. En Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria - UDELAR (2017). *Salud mental, comunidad y derechos humanos* (pp237-263). Montevideo: Psicolibros Universitario.

Noya, L. (2019). Entramando: Dispositivo de inclusión socioproductiva dirigido a personas con padecimiento psíquico en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro. En OPS (2019). *Buenas Prácticas en Capacidad Resolutiva: Primer Nivel de Atención del SNIS*. Montevideo: Mosca.

Organización Mundial de la Salud (1978). Alma-Ata. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978, 91. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1590/S0864-34662009000400003>

Organización Panamericana de la Salud (2019). *Buenas prácticas en capacidad resolutiva. Primer nivel de atención del SNIS*. Montevideo: Mosca.

Rojas, A. (2012). "Currículum oculto" en medicina: una reflexión docente. *Revista médica de Chile*, 140(9), 1213-1217. DOI:
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000900017>

Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención a la salud*. Buenos Aires: Paidós.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative Phenomenological Analysis. En Breakwell, G. (editor) (2003). *Doing Social Psychology Research*, pp229-254,

- Silva, C.; Pena, L.; Batalla, M. & Pedra, M. (2019). La variable interdisciplinar en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental. *Revista Fronteras*, 13, 83-97. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/23406>
- Stolkiner, A. (1987). Prevención en Salud Mental: Normativización o desanudamiento. Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano y V Mundial de Medicina Social. Medellín. Recuperado de: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_2/stolkiner_prevencion_en_salud.pdf
- Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. *Rev. Investigación y Educación en Enfermería*, VI (1), 31-61. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5299366.pdf>
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41–51. DOI: 10.1080/13561820802338579

Anexo 1 - Guión de Entrevista

1. ¿Qué entiende por trabajo interdisciplinario?
2. ¿Le parece relevante el trabajo interdisciplinario en el campo de la Salud Mental?
3. ¿Considera que en el equipo de Salud Mental se trabaja de forma interdisciplinaria?
¿Por qué (no)?
4. ¿Qué fortalezas identifica en el equipo para el trabajo interdisciplinario? ¿Qué debilidades?
5. ¿Considera que comprende suficientemente las particularidades de las disciplinas de sus colegas? ¿Considera que sus colegas comprenden la especificidad de su campo disciplinar?
6. ¿Cómo caracterizaría la comunicación entre lxs integrantes del equipo?
7. Según su percepción, ¿existen jerarquías al interior del equipo? ¿Siente que todxs pueden participar de igual manera en la toma de decisiones? ¿Lo hacen?
8. ¿Cómo describiría, en términos generales, el relacionamiento a la interna del equipo? ¿Considera que esto afecta el trabajo interdisciplinario?
9. ¿Entiende que la institución aporta un marco adecuado para el trabajo interdisciplinario? ¿Qué fortalezas y debilidades ve en este marco?
10. ¿Ha tenido formación en interdisciplina durante sus estudios de grado? ¿La considera pertinente y/o suficiente? ¿Qué percepción tiene sobre la formación en interdisciplina en el grado a nivel general?
11. ¿Considera que el equipo de SM trabaja “con la comunidad”? ¿En qué consiste ese trabajo? ¿Entiende que esto tiene que ver con las prácticas interdisciplinarias?
12. [Otros comentarios]



Título de la investigación: *Interdisciplina en el campo de la Salud Mental en el SNIS: Un estudio de caso múltiple.*

Institución: Facultad de Psicología – Universidad de la República.

Centro/grupo de investigación: [Grupo dentro del servicio en el cual se enmarca la investigación].

Fuente de financiación: [Ingresar fuente / Si no se tiene financiación, eliminar este campo].

Número de constancia de registro ante el MSP:

Número de expediente del Comité de Ética de Investigación:

Datos de contacto del investigador responsable: Br. Mateo Galeano

Correo: mateogalf@gmail.com / Cel.: 091078985

La presente investigación tiene como objetivo aportar al conocimiento del estado actual de las prácticas interdisciplinarias en Salud Mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Si aceptas participar en la investigación, consentirás a la presencia de un miembro del equipo investigador como observador no-participante durante cuatro instancias consecutivas de reunión de equipo de Salud Mental. Asimismo, se te realizará una entrevista en relación a tu experiencia personal como miembro del equipo de Salud Mental que durará aprox. 50 minutos.

Toda la información obtenida será almacenada y procesada en forma confidencial y anónima. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los registros que se realicen, y en ningún caso se divulgará información que permita la identificación de los participantes, a menos que se establezca lo contrario por ambas partes.

Tu participación no tendrá beneficios directos para ti, aunque contribuirá a la comprensión del estado actual de las prácticas interdisciplinarias en Salud Mental en el SNIS. La participación en la investigación es voluntaria y libre, por lo que puedes abandonar la misma cuando lo desees, sin necesidad de dar explicación alguna.

El estudio no conlleva riesgos psicológicos, físicos, legales, sociales ni económicos para los participantes. En el caso de ser necesarias medidas de reducción y atención del eventual daño, las mismas quedarán a cargo de los responsables de la investigación, a través de la coordinación con el servicio de salud del participante y/o con los servicios de Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Si existe algún tipo de dudas sobre el proceso de observación no-participante o la entrevista a realizarse, puede consultar directamente al investigador responsable. También puede realizar preguntas luego del estudio, llamando al teléfono o escribiendo al correo electrónico que figura en el encabezado de la presente hoja de información.

Nombre investigador responsable: Mateo Galeano

Firma:

Fecha:



Anexo 3
Consentimiento Informado

Acepto participar en la investigación *Interdisciplina en el campo de la Salud Mental en el SNIS: Un estudio de caso múltiple* avalada por Facultad de Psicología – UDELAR, a cargo de Br. Mateo Galeano. Como participante, consiento a la presencia de un miembro del equipo investigador como observador no-participante durante cuatro instancias consecutivas de reunión de equipo de Salud Mental y colaboraré con la entrevista en profundidad a cargo de un miembro del equipo investigador.

Declaro que:

- He leído la hoja de información y se me ha entregado una copia de la misma, para poder consultarla en el futuro.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y libre, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello cause perjuicio alguno sobre mi persona.
- Entiendo que no obtendré beneficios directos en forma de una remuneración material a través de mi participación, y que, en caso de sentir alguna incomodidad o malestar, se me ofrecerá la atención adecuada.
- Estoy informado sobre el tratamiento confidencial y anónimo con el que se manejarán mis datos personales.
- Entiendo que, en caso de tener dudas, puedo contactar con el investigador responsable, para realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación en el mismo.
- Entiendo que al dar mi consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Expresando mi consentimiento, firmo este documento, en la fecha _____ y localidad _____:

Firma del/de la participante:

Aclaración de firma:

Firma del/de la investigador/a:

Aclaración de firma:
