

# La intervención interdisciplinaria en Salud Mental: lo que la Ley no puede resolver

de Perini, Laura\*  
Benitez, Rosana\*\*  
López, Carlos\*\*\*

## Resumen

El presente artículo pretende socializar algunos hallazgos en el marco de la investigación<sup>1</sup> que se realiza en el ámbito de la Secretaría de Investigación y Posgrado de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (UNaM). El proyecto se plantea como objetivo conocer, describir y analizar las estrategias de abordaje interdisciplinar y comunitario que construyen los equipos profesionales que se encuentran desarrollando actividades en la Provincia de Misiones, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657/10.

Palabras claves: Salud Mental – interdisciplinaria

## Introducción

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, en el año 2011 se inició en el ámbito del territorio nacional la implementación de una acción orientada a la conformación de equipos interdisciplinarios para el componente Salud Mental y Adicciones. La Provincia de Misiones, a través de la Dirección Provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de la Provincia inicia la participación en el Programa Nacional realizando la convocatoria de profesionales y técnicos para la conformación de equipos orientados con el propósito de concretar lo establecido en el Artículo 8° de la Ley que expresa “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.”

Así, a partir del año 2012, el Programa Nacional incorpora profesionales y técnicos de distintas disciplinas, conformando un total de 27 equipos interdisciplinarios en el territorio provincial para el abordaje comunitario de la problemática de salud mental.

La investigación en desarrollo se propone identificar las estrategias metodológicas que orientan las prácticas profesionales de los equipos conformados dado que consideramos que la interdisciplinaria implica refundar la intervención profesional para lograr la construcción de conocimientos a través de un proceso colectivo.

La premisa con la que iniciamos la búsqueda de información, es que el trabajo interdisciplinario implica una nueva construcción de las prácticas profesionales porque constituye un proceso en el cual los límites de las disciplinas individuales trascienden a fin de estudiar problemas desde perspectivas múltiples e integrales para producir conocimientos con mayor correspondencia con la realidad empírica, y son esos cambios o transformaciones en las prácticas de intervención profesional son las que buscamos conocer y describir.

---

\* Docente, investigadora y extensionista de la FHyCS, UNaM. [laurapos2002@yahoo.com.ar](mailto:laurapos2002@yahoo.com.ar)

\*\* Auxiliar docente, investigadora inicial y extensionista de la FHyCS, UNaM. [rosanabenitez124@hotmail.com](mailto:rosanabenitez124@hotmail.com)

\*\*\* Becario de Investigación SInvyP (2012-2013) [piscuyman@hotmail.com](mailto:piscuyman@hotmail.com)

Partimos del supuesto que desde esta perspectiva metodológica (la interdisciplinariedad) se requiere de profesionales y técnicos que asuman el desafío de “transponer las barreras” que se autoimponen las disciplinas y sus agentes, sin perder la autonomía disciplinar.

La capacidad crítica y autocrítica y, fundamentalmente, el desafío de cambiar las prácticas tradicionales de la multidisciplinariedad que caracterizan a los equipos profesionales en distintas instituciones, para fundar nuevos espacios donde circulen saberes, experiencias, nuevas formas de abordaje, interacción e integración de conocimientos, constituyéndose éste en el objetivo central de nuestro trabajo de investigación.

La disciplinariedad en el campo de las ciencias sociales

Morín (1998) entiende que la disciplina “(...) es una categoría organizacional en el seno del conocimiento científico; ella instituye la división y la especialización del trabajo y responde a la diversidad de los dominios que recubren las ciencias”. (1999:115).

La disciplina se orienta a la autonomía definiendo sus fronteras, estableciendo su especificidad, construye su propio lenguaje, conceptos, teorías y formula una metodología de intervención que la diferencia del resto de las disciplinas del campo.

Durante la segunda mitad del siglo XIX se inicia el proceso de subdivisión de las ciencias sociales y, bajo la influencia del positivismo, la carga instrumental trajo como consecuencia una división entre teoría y práctica, reservando a la “intervención” el lugar del “hacer práctico”.

Con este discurso, al interior del campo de las ciencias sociales, se generó una subdivisión marcada y distintiva entre los productores de conocimiento (investigadores) y los que “intervienen en lo social” (los profesionales de campo) siendo un ejemplo las representaciones construidas sobre Trabajo Social, Enfermería, la Medicina en las ramas: familiar, comunitaria, sanitarista, etc. que bajo supuestos de estar “anclados en el hacer” no producen conocimientos desde las prácticas sino que son meros proveedores de información para múltiples objetivos entre los cuales podemos señalar, “ajustes” en las políticas del sector, revisar el cumplimiento en términos de eficiencia, eficacia y redireccionamiento de recursos<sup>2</sup>.

Pero esta subdivisión de las disciplinas a partir del objeto de estudio y/o intervención (sobre qué, el para qué y el cómo de la intervención profesional) generó prácticas disciplinares de marcada especificidad hasta alcanzar un grado de especialización extrema que determinó la constitución de fronteras tanto en el dominio de conocimiento como en el desarrollo de metodologías particulares, dando surgimiento a la especialización disciplinar.

Explica Morín “(...) El espíritu hiperdisciplinario va a devenir en un espíritu de propietario que prohíbe toda incursión extranjera en su parcela del saber.” (1998:3) generando una permanente tensión interdisciplinar en el abordaje de un mismo problema generando -en la mayoría de los casos- que la disputa desplace la búsqueda de conocimiento y de respuestas. Es decir, el “egoísmo disciplinar” fragmenta los problemas, burocratiza los tiempos de intervención y prolonga las respuestas, quedando el sujeto relegado.

Por lo tanto, las distintas disciplinas – a pesar de pertenecer al mismo campo científico- fueron construyendo prácticas y discursos de diversas lógicas otorgando a la intervención profesional diferentes comprensiones que resultan de las trayectorias socio-históricas dentro del campo de las ciencias sociales como en el campo laboral, definiendo el tipo de intervención de acuerdo a cómo se entiende la problemática social y cómo se consideran las necesidades y/o problemas determinando la especificidad de la intervención profesional.

El campo de la salud al igual que otros campos, fue fragmentando el modo de abordar los problemas a partir de la delimitación de la problemática, se va parcelando en “lo social; “lo mental”, “lo biológico”, etc., con énfasis en la “atención individualizada”. Así se construyó la relación “sujeto

individual-problema”, eliminando de la intervención profesional “lo colectivo” (familia, amigos, compañeros de trabajo, comunidad de pertenencia, etc.).

La individualización de la “función social de la profesión” -en el contexto de una sociedad determinada- provocó en los sujetos demandantes de una intervención la representación de quién es el profesional “que debe actuar” de acuerdo al área: lo físico, lo social, lo psíquico, etc.

Sostiene Bourdieu “(...) como ocurre tantas veces en las ciencias sociales, los obstáculos para el progreso de la ciencia son, fundamentalmente, sociales”. (2003:20). Implica entre otras cuestiones, cómo se construye la relación de poder –saber entre disciplinas; la delimitación del campo y la tendencia a la hiper-especificidad.

El lugar de los sujetos dentro del sistema de salud (como sujeto de derecho – usuarios - beneficiarios), las causas que generan las problemáticas de salud (problemas individuales – problemas culturales - problemas macro sociales generadores de desigualdades, etc.), las diferentes formas de abordarlas (individual – institucional – colectiva o comunitaria) y, consecuentemente también, las modalidades de prácticas específicas, han determinado, en muchos casos, más distanciamientos disciplinarios que acuerdos.

Por lo tanto, la delimitación de los campos disciplinares es el resultado de un proceso socio-histórico en el que va conformando áreas de conocimiento específico, constitución de comunidades científicas con una lógica de funcionamiento, producción teórica, prácticas específicas, comunicación, valores, etc. y no podemos dejar de mencionar que, en algunos casos, las fronteras disciplinares se tornan difusas provocando disputa de un mismo campo o territorio pero, más que un obstáculo debería pensarse como la oportunidad para construir convergencias y proponer la resolución de las fragmentaciones disciplinares y –a pesar de provocar tensiones- puede posibilitar la construcción de una propuesta diferente de intervención como la interdisciplinariedad.

En los últimos 40 años, la interdisciplina<sup>3</sup> ocupa una centralidad en las discusiones filosóficas, teóricas y metodológicas en el campo del conocimiento científico porque la interdisciplinariedad implica encontrar puntos de contacto entre las disciplinas en la que cada una aporta sus problemas, conceptos y métodos de investigación.

El estudio, el análisis y la comprensión de los problemas no puede realizarse a través de la separación de la partes, fragmentando en áreas las dimensiones constituyentes de un problema sino que la tarea debe ser la búsqueda de las interrelaciones internas de un todo que se resume en la frase “el todo es algo más que la suma de sus partes<sup>4</sup>”.

Las prácticas interdisciplinares se funda en el encuentro, la cooperación y producción de nuevos marcos conceptuales compartidos, y de ninguna manera, significa perder la especificidad disciplinar. Es abordar y comprender una problemática como un entramado heterogéneo e inseparable, donde la interrelación de todas las dimensiones permite concretar la paradoja de lo uno y lo múltiple como sostiene Morin<sup>5</sup> (2005)

La interdisciplinariedad como estrategia de abordaje profesional en el campo de la salud mental

Sostiene Stolkiner (1999) el cómo se desarrolla lo interdisciplinario en el campo de la salud mental es un debate fundamental en el que debe incluirse un debate de carácter subjetivo y grupal<sup>6</sup> porque la actuación interdisciplinar implica una producción de poder y el poder aparecerá necesariamente dentro del proceso (tensiones, competencias y lucha por la hegemonía de un campo disciplinar); en segundo término, lo individual porque participar de un equipo interdisciplinario implica despojarse de la pretensión de imposición de conocimientos y prácticas sobre una temática, reconociendo los límites de una disciplina cuando se construye un abordaje de carácter integral<sup>7</sup>.

Por lo tanto, la intervención interdisciplinar debe suponer al menos tres ejes:

- a) Registro teórico: entendiendo como una construcción colectiva, explicativa de los hechos sobre los resultados que producen las prácticas profesionales interdisciplinares;

- b) Cambio ideológico: asumir la intervención profesional desde la concepción de un sujeto socio histórico, participe de un contexto complejo, multidimensional<sup>8</sup> y cambiante.
- c) Sentido ético-político: construir el hacer (intervención) con centralidad en el/los sujeto/s de derechos. Revisar posturas, compromisos, valores, etc.

La intervención interdisciplinaria configura una propuesta compleja y dinámica; lo colectivo no es simplemente la sumatoria de iniciativas individuales sino que implica la decisión de trabajar, conjuntamente, en la producción de nuevos conocimientos, prácticas profesionales y definición de funciones. La propuesta es intercambiar e integrar conocimientos y de ninguna manera implica la anulación de la especificidad disciplinar sino que se trata de comprender las limitaciones disciplinarias en el abordaje de problemáticas complejas.

La interpelación teórico-práctica abre diferentes interrogantes y, particularmente, permite re-pensar de manera integral y multiactoral la intervención a partir de la comprensión de que las demandas son altamente complejas, difusas, atravesadas por multicausalidades, etc., y de esta manera, las miradas disciplinares pueden dialogar en la búsqueda de una integración de conocimientos. Así, la intervención, puede traspasar los límites que se autoimponen las disciplinas para abordar problemáticas desde la multidimensionalidad (histórica, social, cultural, económica, etc.).

El camino recorrido para fundar nuevas prácticas en el campo de la Salud Mental

El surgimiento de la intervención comunitaria e interdisciplinaria en el campo de la salud mental surge en oposición a las prácticas históricas desarrolladas en estructuras institucionales con profesionales que reproducen el modelo cerrado, bajo el sistema disciplinario, en algunos casos paternalistas, sustitutivos del ámbito sociofamiliar y comunitarios. Si bien no se trata de una “nueva experiencia” en la Argentina<sup>9</sup>, el cumplimiento de la Ley permitirá el progresivo cambio de paradigma en todo el ámbito territorial.

El modelo de encierro o “modelo asilar manicomial” que caracterizó al tratamiento de las personas con padecimiento de problemas mentales, fue descrita por Foucault como “(...) una política de las coerciones que constituyen un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de sus elementos, de sus gestos, de sus comportamientos. El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone. (2002:126). Desde la perspectiva de Goffman (2001) las instituciones totales como los psiquiátricos, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Las actividades diarias están estrictamente programadas, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas explícitas. “Es característico mantenerlos en la ignorancia de las decisiones que se toman sobre su propio destino”. (Goffman, 2001:22).

En Argentina el tratamiento de la salud mental siguió las concepciones y prácticas europeas, Falcone describe que hacia mediados del siglo XVIII, la aldea colonial tenía un hospital llamado San Martín; en un rancho anexo al Hospital, llamado *vulgarmente El Loquero*, se alojaba a los enfermos mentales. (2009:4). Refiere la misma autora “(...) los problemas derivados del proceso demográfico y de urbanización iniciados hacia 1880 en Argentina, traen aparejado un aumento de la delincuencia y otros subsidiarios: hacinamiento, deficiencia sanitaria, enfermedades, vagancia, alcoholismo, prostitución. Se crean penitenciarias, asilos y servicios especiales y encuentran amplia difusión las ideas hereditarias de la enfermedad (...) el enfermo, el loco, el criminal como problemas sociales específicos encuentran su regeneración aislados y confinados a un orden disciplinario. (2010: 15)

La institución “hospital psiquiátrico”, “manicomio”, “psiquiátrico”, etc. expresa el sentido que la sociedad construye respecto a la relación salud y enfermedad mental y ello incluye el conjunto de prácticas profesionales que se concretan para “la curación”.

A finales del siglo XIX, se produce un cambio en la concepción del problema, distanciándose de la atención basada en la peligrosidad y la moralidad. Stolkiner expresa “(...) el Dr. Domingo Cabred se inspira en las experiencias inglesas para importar el sistema de puertas abiertas y, como mayor emblema de ellos, funda la Colonia Nacional de Alienados Open Door, ubicada en Lujan (Buenos Aires). En ella se promueven las actividades productivas al aire libre, sumadas a los talleres preexistentes. Su amplitud de espacio a campo abierto y sin muros visibles estaba destinada a crear una ‘ilusión de libertad’, según palabras de su fundador, y favorecer la recuperación por contacto con el trabajo y la naturaleza”. (2003:6)

El 11 de octubre de 1957, siguiendo la línea de estos cambios, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.

Sus finalidades fueron: a) prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas; b) promover la investigación científica de esta materia; c) Prestar asistencia integral a los enfermos mentales y; d) Contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los enfermos.

Para Galende (1990) el gran cambio en las prácticas terapéuticas en la década del '60 está determinado por la introducción de la medicalización de relación de asistencia, se pasa de un espacio de encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia, a un “tratamiento compulsivo de los enfermos”.

En el periodo neoliberal con la Reforma del Estado se desarticula la Dirección de Salud Mental para culminar con el proceso de descentralización y transferencia de los establecimientos significativos dependientes de nación. En 1992, once hospitales nacionales que dependían del ministerio nacional pasaron a depender la Ciudad de Buenos Aires, entre ellos el Moyano y el Borda.

Señala Stolkiner que también se produjeron cuestionamientos a las instituciones de internación prolongada, en este caso por su escasa relación costo/beneficio. Pero sus propuestas tendieron a desamparar a los asistidos, delegando en las familias y las comunidades el soporte de su asistencia.

Las comunidades terapéuticas también son base de algunas experiencias puntuales innovadoras como la desarrollada en Entre Ríos o en los servicios asistenciales de ferroviarios. Años después, y luego del retorno a la democracia en 1984, los principios básicos de la experiencia Italiana son retomados en la reforma psiquiátrica de la Provincia de Río Negro. (Stolkiner, 2003:6). Estas experiencias (Río Negro, Entre Ríos, San Luis, etc.) constituyen la base de la discusión iniciada para culminar con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental.

Hoy, el modelo de intervención interdisciplinar comunitario se orienta a provocar rupturas con las prácticas psiquiátricas pero fundamentalmente entendiendo la salud mental como un padecimiento que no es solo una cuestión de carácter individual y privado, en cuanto a su estructura mental, sino como cuestiones enmarcadas en procesos socio históricos más amplios y complejos que generan la exclusión de las personas<sup>10</sup>.

Así, en el Capítulo II, Artículo 3° de la Ley Nacional N° 26.657 expresa “(...) se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Estas nuevas prácticas proponen recursos y servicios, ubicados en los territorios, donde la articulación entre profesionales de distintas disciplinas permite el intercambio horizontal de saberes de cada disciplina sin que exista una supremacía de una sobre otras; un trabajo orientado al abordaje biopsicosocial desde una visión integradora y global de la salud. Pero, fundamentalmente, garantizando los derechos de las personas con padecimiento mental (Art.1° de la Ley).

La Ley dispone en el Capítulo V en los Artículos 8° y 9° que el abordaje es de carácter interdisciplinar y comunitario, y de esta manera, las prácticas en el campo de la salud mental, deben trascender las

particularidades disciplinarias para orientarse a situaciones colectivas de construcción de saberes y prácticas. Sostiene Stolkiner (1999), en lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renuncias, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema<sup>11</sup>.

Hacia el análisis de las prácticas profesionales, en el marco de la investigación

En la Provincia de Misiones en el periodo comprendido por los años 2012 y 2014 se han conformado un total de 27 equipos profesionales en los distintos municipios del territorio provincial y hospitales generales, la estructura de los mismos es heterogénea en cuanto a formación disciplinar y experiencias profesionales: trabajadoras/es sociales, antropólogas/os, psicopedagogas/os; psicólogas/os; enfermeras/os; pediatras; técnico en gerontología, promotores de salud, etc.

A continuación presentaremos parte de la información que se está trabajando en el marco de la investigación:

- a) En la etapa de constitución de equipos, la primera dificultad operativa que se registra es la ausencia de recursos humanos en los distintos municipios por ello, la convocatoria se amplió permitiendo la incorporación de profesionales y técnicos que no pertenecen a las comunidades donde se conformaron los equipos. Ésta situación ha generado que los profesionales y técnicos deban trasladarse desde otros puntos y/o lugares distantes para desarrollar las actividades y considerando el tiempo de traslado -que en algunos casos es de más de 4 hs- disminuye el tiempo de permanencia en territorio para el desarrollo de las actividades con organizaciones territoriales.  
Esta restricción en los tiempos ha provocado – en algunos casos- realizar las actividades en el ámbito de los centros de atención y las prácticas comunitarias son desplazadas por las atenciones individualizadas.
- b) En otros casos, la no disponibilidad de profesionales en la comunidad determino la incorporación de profesionales de una disciplina específica (psicólogos, trabajadores sociales, etc.) por lo tanto, los equipos no son multidisciplinarios y trabajar en el campo interdisciplinar solo es posible a partir de la construcción de nexos interinstitucionales, acción que aún no se ha podido visibilizar.
- c) La particularidad del Programa de incorporar equipos profesionales a instituciones donde históricamente “los especialistas” construyeron “su espacio y prácticas” genera un sinnúmero de acciones de resistencias.  
La transformación de iniciar un proceso de desnaturalización de modalidades de abordaje basadas en individuo-enfermedad- encierro-medicalización no solo involucra a los equipos de salud mental sino también a todos los equipos institucionales.
- d) Cuando los equipos continúan desarrollando abordajes multidisciplinarios es porque no se ha logrado trabajar las fronteras disciplinares. Hacemos hincapié en “multidisciplinar” porque constatamos que la especificidad disciplinar sigue constituyendo el obstáculo para pensar otros modos de intervención. Las prácticas profesionales van cumpliendo una trayectoria o circuito donde cada profesional realiza un aporte desde la especificidad que expresa, en síntesis, un abordaje fragmentado.  
Las prácticas, a dos años de trabajo de los equipos, continúan siendo secuenciales y, la intervención del profesional se define a partir del “tema problema” que se detecta como relevante. En algunos casos, se trabaja bajo el modelo de “derivación”; el profesional que interviene en primera instancia define cuál es la problemática relevante (psiquiátrica, social, sociofamiliar, etc.) y, recomienda el profesional que tiene que intervenir.  
En instituciones psiquiátricas esta secuencia lineal y etapista es más marcada.

e) En los relatos – entrevistas- surge que la/el profesional cuando se refiere a la participación en “equipo”, menciona “*compartimos la misma oficina*”; “*estamos trabajando juntos*”; “*decidimos quien interviene de acuerdo al problema*”; etc. podemos observar que en las frases mencionadas se evidencian un marcado individualismo disciplinar, demarcación de campos como también definición de las competencias en el ámbito de la salud. "(...) el enfoque multidisciplinario es engañoso porque propugna la división de la realidad en diversos fragmentos" sostiene Mattei Dogan (1997: 18).

Aquí recordamos las referencias de Alicia Stolkiner “(...) Para algunos, la inclusión de estos términos se transforma en un requisito formal que una vez cubierto con la constitución de un “equipo” de especialistas diversos permite permanecer en la comodidad (o no) de la propia teoría. Para otros, aquellos que aman el orden de la pureza doctrinaria, los términos mencionados son sinónimo de eclecticismo, de Torre de Babel bien intencionada pero insostenible.” (1987:313). Las prácticas multidisciplinarias históricas, a pesar de la vigencia de la Ley y su correspondiente Reglamentación, siguen constituyendo el obstáculo para la construcción colectiva, y no se ha generado una modificación de las funciones profesionales y tampoco las jerarquías históricamente construidas en las instituciones del ámbito de la salud mental.

Esta característica del trabajo “multidisciplinar” también se articula con falencias en los procesos de formación disciplinar dado que si bien en los distintos planes de estudios está presente el abordaje teórico sobre interdisciplina y conformación de equipos interdisciplinarios, en el desarrollo de las prácticas pre-profesionales las experiencias se circunscriben a la constitución de grupos de prácticas entre iguales.

La interdisciplinariedad no surge espontáneamente sino que es la resultante de un cambio metodológico y actitudinal que se inscribe en el itinerario de enseñanza-aprendizaje como estrategia para superar el abordaje fragmentado, como señala Morin (1999), y a la vez, implica que los docentes asumamos el compromiso de conceptualizar el proceso de formación académica como dinámico, individual, grupal, social y contextualizado.

Porque el debilitamiento del abordaje global como señala Morin conduce “(...) al debilitamiento del sentido de la responsabilidad, pues cada uno tiende a ser responsable solamente de su tarea especializada y también el debilitamiento de la solidaridad (...). (2002:19), la posibilidad de “ser parte de” en los procesos cooperativos de producción de nuevos conocimientos para generar intervenciones integrales.

Ensayando algunas respuestas sobre la resistencia de trabajar interdisciplinariamente

Al analizar las dificultades para construir intervenciones interdisciplinarias surge como primera mirada las características del proceso de formación profesional. Se observa que los planes de estudios tienen en sus diseños curriculares el reforzamiento de la especificidad disciplinar que si bien, en algunos casos, se orienta en el abordaje a la comprensión de la complejidad de las distintas problemáticas, se delimita el campo a partir de la construcción “del objeto de intervención” que configura una manera de definir sobre qué y cómo intervenir, estableciéndose en la mayoría de las disciplinas, “los límites del campo”.

Se puede considerar además que una de las debilidades en el quehacer profesional resulta del aprendizaje durante el trayecto académico puesto que se aborda la interdisciplinariedad como propuesta teórica pero las prácticas se desarrollan en el mismo campo y entre pares por lo tanto no se logra la interacción con otros campos disciplinares. Elichiry (2009) explica que los diseños curriculares y los planes de estudio muestran un parcelamiento del saber en disciplinas aisladas como compartimientos estancos y que esta concepción disciplinaria de la educación universitaria nos lleva a una excesiva especialización que fragmenta el conocimiento en áreas y obstaculiza la comprensión de la pluralidad y complejidad de las dimensiones de la realidad.

La división disciplinar profundizada en la educación promueve el saber especializado, inaccesible y dominio de “expertos” por lo que debiera producirse una reforma en la enseñanza como propone Morin “(...) la reforma debe conducir a la reforma del pensamiento y la reforma del pensamiento debe conducir a la reforma de la enseñanza”. (2002:21).

Un cierre abierto....

Actualmente, la política pública en salud mental centra su acción en la concepción de sujeto de derechos, el derecho a la protección de la salud y en un abordaje comunitaria e interdisciplinar; una reforma que requiere de transformaciones físicas y de prácticas profesionales que transforme el modelo asilar-manicomial y la concepción de peligrosidad y aislamiento del sujeto con padecimiento mental.

Las resistencias a los cambios, a la propuesta de nuevos aprendizajes así como la progresiva desaparición de los psiquiátricos como monovalentes y “los miedos” que surgen por el desconocimiento de la Ley, terminan convirtiendo los principios de la Ley en enunciados..

La normativa vigente no puede resolver cuestiones epistemológicas, teóricas, metodológicas y políticas pero está proponiendo a los profesionales del campo de la salud mental la oportunidad histórica de superar las prácticas hegemónicas en el campo y fundar el sentido de la acción colectiva; interacción, co- construcción de conocimientos, horizontalidad en las relaciones entre profesionales y sujetos involucrados en la intervención (individuales y/o colectivos).

La propuesta es refundar las prácticas profesionales en el campo de la salud a partir de la creatividad para trabajar en prevención, educación y promoción; “el tratamiento” no puede ser el único sentido de una intervención profesional.

Los cambios que se proponen debe discutirse entre quienes están hoy trabajando en el campo de la salud mental comunitaria pero también deben implicarse en la discusión los centros académicos.

Quienes intervienen en el diseño de los planes de estudios deberían empezar a cuestionarse acerca de la intervención interdisciplinaria no solo en términos teóricos sino también en el proceso de desarrollo de las prácticas pre- profesionales.

Por lo tanto la estrategia de intervención en el campo de la salud mental que debe construirse desde la interdisciplinaria y lo comunitario conforme establece la Ley N°26.657, constituye un propósito que se circunscribe al “deber ser” y se encuentra muy distanciado del “hacer”. Por ello sostenemos que “la Ley propone” pero no modifica la práctica profesional cotidiana sustentada en la multidisciplinaria, acciones secuenciales y burocratizadas.

Consideramos que el cambio solo es posible en la medida en que los profesionales y técnicos sean capaces de proponerse el desafío de construir nuevas prácticas que no constituyan meras aproximaciones al trabajo cooperativo que se delimita a una intervención desde la especificidad profesional.

El trabajo interdisciplinario exige una revisión de las capacidades y habilidades profesionales para ser “parte de”, reconocer las resistencias, los obstáculos, prejuicios, etc. realizar un registro de las subjetividades que intervienen y condicionan el quehacer cotidiano.

Coincidimos con Najmanovich cuando expresa “Las comunidades cerradas, sean científicas o de cualquier otro tipo, se encaminan inexorablemente hacia la muerte, hacia el fin de los procesos, el fin del conocimiento”. (1998:4)



## Notas.

---

<sup>1</sup>Proyecto de Investigación 16H372 “*Los equipos interdisciplinarios en el abordaje de la salud mental comunitaria. La experiencia en la Provincia de Misiones durante el periodo 2013-2014*” perteneciente a la Secretaría de Investigación y Postgrado de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones, bajo la dirección de la Dra. Mercedes Escalada.

<sup>2</sup> Prácticas que fueron refundadas, exaltadas y consolidadas en el marco de las políticas neoliberales de los ‘90.

<sup>3</sup> Posteriormente, surgirán discusiones acerca de la transdisciplina, meta disciplina, etc.

<sup>4</sup> Una frase atribuida a Aristóteles en el escrito *Metafísica* que refiere a la mirada holística en oposición a la mirada reduccionista que se construyó en la ciencia de la modernidad. *Holos* proviene del griego que significa todo, entero, total.

<sup>5</sup> En *Introducción al pensamiento complejo* Morin señala que (...) al mirar con más atención, la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico.” (2005:32)

<sup>6</sup> Las disciplinas no existen sino por los sujetos que la portan, las reproducen, son atravesadas por ellas, etc.

<sup>7</sup> Entender a la configuración de las problemáticas como la resultante de procesos socios históricos, políticos, económicos, culturales, etc., en un tiempo y contexto determinado.

<sup>8</sup> Contexto determinado por un proceso histórico que configura un entramado económico, político, social, cultural, ambiental, etc. que restringe o habilita el ejercicio de los derechos sociales.

<sup>9</sup> Río Negro, San Luis, Mendoza, etc.

<sup>10</sup> OMS (1946); Alma Alta (1978); Caracas (1990); Brasilia (1990) y Panamá (2010).

<sup>11</sup> Stolkiner (1999) sostiene que “(...) los equipos interdisciplinarios de asistencia se constituyen por distintas profesiones (y se da por supuesto que cada una representa una disciplina). Este deslizamiento (de disciplina a profesión) es un claro deslizamiento hacia el campo de prácticas. Una pregunta que los equipos asistenciales deben también realizarse es cómo incorporan una amplia gama de saberes que no son disciplinarios. Esto es particularmente notable en el caso de equipos que trabajan con comunidades, pero es igualmente necesario en todos ellos, a menos que aborden su práctica desde una representación fuertemente tecnocrática”.

<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

---

## Bibliografía

- Bourdieu, Pierre. (2003). *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*, Anagrama, Barcelona.
- Cohen, Hugo. (2009) *Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales*. 1a ed. - Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud - OPS.
- Dogan, Mattei. (1997) “¿Interdisciplinas?” *Revista Relaciones*. N° 157. pág. 16 -18. Montevideo, Uruguay. Disponible en [relacion@chasque.apc.org](mailto:relacion@chasque.apc.org)
- Elichiry Nora (2009) *Escuela y Aprendizajes*. Trabajos de Psicología Educativa. Buenos Aires, Manantial. (Capítulo 9).
- Falcone, Rosa. Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto. Disponible en [http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/obligatorias/034\\_historia\\_2/Archivos/inv/Falcone\\_HistoriaInstit.pdf](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf)
- Follari, Roberto. (2012) “La interdisciplina en la docencia”. Disponible en *Polis Revista Latinoamericana*. Puesto en línea el 30 julio 2012. URL: <http://polis.revues.org/4586>; DOI: 10.4000/polis.4586
- Foucault, Michel. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. 1ª. reimpresión. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Galende, Emiliano (2008) “Desmanicomialización institucional y subjetiva” en *Psicoanálisis* - Vol. XXX - N° 2/3 - 2008 - pp. 395-427
- Goffman, Erwin. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 3° reimpresión. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.
- Morin, Edgar (2002). *La cabeza bien puesta*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- \_\_\_\_\_ (1998). Sobre la interdisciplinariedad. Disponible en [www.pensamientocomplejo.com.ar](http://www.pensamientocomplejo.com.ar)
- Najmonovich, Denise. *Interdisciplina artes y riesgos del arte dialógico*. En <http://www.pensamientocomplejo.com.ar/docs/files/Interdisciplina%20-%20Najmanovich.pdf>
- Stolkiner, Alicia. (2005) “Interdisciplinar y Salud Mental”. Ponencia presentada en *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy*. 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas, Misiones (Arg).
- \_\_\_\_\_ (2003). “Nuevos enfoques en salud mental”. Ponencia presentada en el 14° *Congreso Latinoamericano de arquitectura e ingeniería hospitalaria*. Buenos Aires
- \_\_\_\_\_ (1994). “Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental” en O. Saidón y P. Troianovski Comps., *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires, Lugar Editorial.