



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Carrera de posgrado: Maestría en pensamiento sistémico

TESIS: “El trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental en un hospital monovalente de la Provincia de Santa Fe como fenómeno emergente.”

Maestranda: Med. Psiq. Graciela S Rojas

Director: Dr. F Ignacio Saenz

Codirectora: Mg. Virginia Bravo

Rosario, diciembre de 2024

RESUMEN

El *problema* que aborda este trabajo es la pregunta sobre las características, desde la perspectiva de sus integrantes, del trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe en el marco de la Ley Nacional 26657. Como *objetivo general* se indagan, tomando las voces de los integrantes de dichos equipos, las características de tal trabajo en ese marco institucional. En los *objetivos particulares* se identifican factores favorecedores y obstaculizadores de su trabajo como tales y se exploran las posibilidades que se atribuyen para incidir sobre los factores señalados como obstaculizadores. Los *propósitos* son, plasmar el carácter procesual-sistémico de dicha modalidad de trabajo en el contexto especificado, descubrir los indicadores del “estar trabajando en equipo interdisciplinario”, pesquisar la emergencia de la interdisciplina en la práctica del equipo en Salud Mental y generar un enfoque estratégico útil para la formación de profesionales replicadores del trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental. Se trata de una *investigación de campo desde una perspectiva cualitativa*. Su finalidad es *exploratoria-descriptiva*. Entre noviembre del 2022 y del 2023, se entrevistó a 31 integrantes de dichos equipos, a los que se invitó a participar voluntariamente, las entrevistas fueron *semiestructuradas*. Para la *estrategia de análisis* se siguieron los aportes de la Teoría fundamentada en los datos. Como hallazgo de este trabajo se destaca que los integrantes de estos EI describen su práctica transitando la síntesis de categorías como monovalente/efector de SM, paciente psiquiátrico/usuario de servicio en SM como sujeto de derecho, especificidad disciplinar (soledad)/ especificidad en el EI (compañerismo, reflexividad), autonomía del EI/condicionamientos del accionar del EI (Poder Judicial, el propio monovalente como institución).

Palabras clave: el equipo como sistema, cualidad emergente, interdisciplina, pensamiento sistémico, hospital monovalente, Ley Nacional de Salud Mental.

“...definiremos un acto “loco” como una manera de prestar un servicio a los demás, a menudo a expensas de un considerable sacrificio personal.”

Jay Haley

“...se termina convirtiendo en una especie de militancia...”

“...compartir un mínimo de posición política... Cuando digo mínima me refiero a pensar a los usuarios del hospital como sujetos de derecho...”

**Trabajadores integrantes de un equipo
interdisciplinario**

Dedico este trabajo:

*A todos aquellos que me permitieron ser su portavoz
y escriba.*

Al profesor Dr. Raúl Domingo Motta.

Agradecimientos

Agradezco:

A todos los trabajadores del monovalente más grande de la provincia de Santa Fe que aportaron sus saberes para esta tesis.

A la Directora de Salud Mental de la provincia de Santa Fe (2021-2023) Psicóloga Celina Pochettino y la Directora de la Colonia psiquiátrica Dr. Avelino Irigoyen Freire Psicóloga Mariana Chidichimo que hicieron posible este trabajo de campo.

A mi Director de tesis Dr. F Ignacio Saenz y mi co Directora Mg. Virginia Bravo que aceptaron embarcarse en un viaje que ya había comenzado y lo pilotearon para que llegara a buen puerto.

A quienes dieron cuerpo a la Maestría en Pensamiento Sistémico en estos años: Director, Equipo de coordinación académica, docentes, cursantes que alimentaron este trabajo.

A mi red de contención afectiva que me acompañó aceptando mi locura.

ÍNDICE

RESUMEN	pág.2
Introducción	pág.9
Problema científico y justificación	pág.15
Objetivos	pág.17
Antecedentes	pág.18
Supuestos	pág. 29
CAPÍTULO 1:	pág. 32
Marco teórico o marco referencial:	pág. 32
1.1 <i>Generalidades: El equipo como sistema</i>	pág.32
1.2 <i>Especificidades: La práctica del equipo</i>	pág.46
1.2.1 Contexto de la práctica del equipo:	pág. 46
1.2.1.1 El hospital monovalente, la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.	
1.2.1.2 La ley Nacional de Salud mental.	
1.2.2 La dinámica de trabajo prefigurada de la práctica del equipo: Interdisciplinariedad.....	pág. 52
1.2.3 La posibilidad de superación de lo empírico en la práctica del equipo: Reflexividad.....	pág. 54

CAPÍTULO 2:	pág. 57
Marco Metodológico	pág.57
2.1 <i>Tipo de diseño</i>	pág.57
2.2 <i>Muestra, unidad de análisis</i>	pág.58
2.3 <i>Estrategia de investigación</i>	pág. 59
2.4 <i>Técnica de recolección de datos y registro y consideraciones éticas</i>	pág. 60
2.5 <i>Estrategia de interpretación y análisis de los datos</i>	pág. 61
CAPÍTULO 3:	pág. 88
Conclusiones	pág. 88
HISTORIA NATURAL DEL DISEÑO	pág. 94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pág. 95
ANEXOS	pág. 103

INTRODUCCIÓN

“Todo lo dicho es dicho por un observador” (Maturana, 1996, p54)

A nivel internacional, en el terreno de la Salud Mental, nuestro país se inscribe en el marco propuesto en la Declaración de Caracas (1990) y el Consenso de Panamá (2010). En consonancia con estos lineamientos, a nivel provincial la Ley 10772 (1991) y, a nivel nacional la Ley 26657 (2010) plantean cambios en la modalidad asistencial.

La particularidad de este trabajo es que se aborda, al genéricamente nombrado por la ley Nacional 26657, equipo interdisciplinario en Salud Mental, desde el marco conceptual del Pensamiento Sistémico. En consecuencia y, en coincidencia con Keeney (1987), se asume que los investigadores son trazadores de distinciones, en otras palabras, los investigadores parados desde esta perspectiva construyen su objeto de estudio. Es así como, el equipo interdisciplinario en Salud mental se presenta a estos ojos como un sistema en interacción con su medio y en ejercicio de su autonomía. Hay un alejamiento del enfoque clásico de la ciencia, fiel reproductora-productora del “pensamiento simplificante” que, como afirma Morin (2004, p10) *“se fundó sobre la disyunción absoluta entre el objeto y el sujeto que lo percibe y concibe”*. Para una mejor comprensión de este postulado y ampliando lo anterior, se convoca a von Foerster (en Pakman, 1996) y de él se toma que, en el operar como investigadores, se está en una segunda cibernética.

Establecido este marco general, con el que se considera suficientemente esclarecido el epígrafe¹, se particulariza en el caso en que hace foco esta investigación y, se sostiene que, conceptualizar desde la bifrontalidad sistémica enfrenta con la complejidad de una entidad, el

¹ Con observación se sintetizan todas las acciones perceptuales posibles para llevar a cabo una investigación.

equipo interdisciplinario en Salud Mental, que es todo y parte al mismo tiempo. Como todo, se materializa de manera distribuida, en el plano de lo espacio temporal, en la corporalidad de los profesionales que lo constituyen y, como parte, en el plano de lo simbólico en su pertenencia institucional.

Toda pertenencia institucional conlleva un cruce entre lo vertical y lo horizontal, en el caso del equipo interdisciplinario en Salud Mental cobra centralidad el aspecto de la verticalidad plasmado en el texto de la ley Nacional de Salud mental N°26657, marco regulatorio sancionado en 2010, en cuyo artículo 8 se lee:

“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.” (Ley 26657).

Al indagar, desde la perspectiva de sus integrantes, la emergencia del trabajo en equipo interdisciplinario del equipo en Salud Mental en un hospital público monovalente de la provincia de Santa Fe, se explora la potencial tensión del devenir, ordenado por la Ley Nacional 26657, de los grupos de trabajo de este hospital público monovalente en equipos interdisciplinarios. El logro de un funcionamiento alejado de los cánones disciplinares, abona a una intersectorialidad que articula los distintos saberes y permite su operar desde una complementación superadora de los antagonismos. Se establece como punto de interés el desafío que implica transitar la distancia entre lo mandado por ley y lo plasmado en la práctica concreta del equipo

interdisciplinario en Salud Mental en un hospital público monovalente de la provincia de Santa Fe.

En aras de avanzar en este sentido, se coincide con Gonnet (2014) cuando caracteriza a la reflexividad *“como una dimensión que está inscripta en toda acción de la vida cotidiana. Esta dimensión es fundamental para hacer de esas prácticas algo explicable”* (p 4). Va de suyo que, rescatar esta dimensión (la reflexividad), es el modo de arribar a la visualización de la emergencia del trabajo en equipo interdisciplinario. Es así como, en la comprensión del desarrollo de este proceso, que compromete la acción direccionada de seres humanos, en torno a la resolución de un problema (“caso”) en el terreno de las prácticas en Salud Mental, la propia perspectiva de los constituyentes de los grupos de trabajo devenidos por ley en equipos interdisciplinarios (Ley Nacional 26657) se presenta como la fuente indiscutible. A la complejidad de esta tarea, agrega una dimensión más Schön (en Pakman, 1996, p186) al hablar de la educación profesional y las dificultades que se ponen en evidencia en el ejercicio concreto, cuando el profesional se encuentra con *“las zonas indeterminadas de la práctica-las situaciones de complejidad e incertidumbre, los casos singulares que requieren dotes artísticas, la difícil y elusiva tarea de plantear los problemas, la multiplicidad de las identidades profesionales-”*.

Es así que, por un lado, el trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental es inescindible de la implementación de la Ley 26657 y, por otro, requiere de profesionales que según Schön (en Pakman 1996, p191) *“en el inestable mundo de la práctica, donde métodos y teorías desarrolladas en un contexto son inadecuados en otro, los profesionales funcionan como investigadores, ya que inventan las técnicas y los modelos adecuados a la situación de que se trata”*.

Otra voz, que refuerza esta elección, es la de Sousa Campos (2009, p137) cuando afirma: *“Se considera que el análisis de informaciones organizadas en texto² gana mucho cuando un grupo, que haya pasado inmediatamente a la acción, incluya sus prácticas entre los temas de reflexión. El hacer antecediendo y sucediendo el pensar”*. Es así que, el camino trazado para arribar a la descripción de dicho proceso que, en principio y genéricamente, es nombrado como *“el trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental como fenómeno emergente”* y contextualizado en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, es profundizar en las experiencias, perspectivas, opiniones, significados y sentidos de sus integrantes.

De lo anteriormente explicitado, se desprende que se aportan elementos para la conceptualización de una práctica, paso ineludible cuando se trata de compartir y replicar un conocimiento de base empírica. Se apunta a describir la pauta sistémica que conecta al grupo de trabajo en Salud Mental constituido en el contexto de un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, con la emergencia del trabajo en equipo interdisciplinario en la intención de encontrar un procedimiento transferible a otros ámbitos y contextos donde esta modalidad de trabajo se revele necesaria. Se aspira a acortar los tiempos que insume la formación de un profesional que pueda tener solidez disciplinar y, al mismo tiempo, flexibilidad para abordar un terreno, en principio, multidisciplinar como es el de la Salud Mental.

En este tramo del escrito hace sentido Goffman (1984, p 319) cuando enuncia: *“Cada sociedad favorece formas especiales para el acercamiento y el trato recíproco de dos individuos, por ejemplo, entre pariente y pariente, o entre una casta superior y una inferior. Cada una de estas pautas de contacto puede constituir a la vez una fuente de identificación, una guía de*

² Se reproduce lo enunciado por Sousa Campos sin profundizar su conceptualización de la producción de textos como resultado propio de la escucha, la observación y la lectura de los grupos y equipos.

comportamiento ideal, y una base de solidaridad y de división al mismo tiempo”. De la mano de la exploración y la descripción, va el capitalizar esta práctica, confiando en que su réplica, en los contextos extramuros³, aportará a la necesaria transformación de las pautas de contacto con la locura. Esta transformación general, a nivel social, es el punto de llegada del encuadrar sólidamente, en este país, las acciones en el terreno de la Salud Mental en acuerdos internacionales ya citados como la Declaración de Caracas (1990) y el Consenso de Panamá (2010).

Se realizó esta investigación entre noviembre de 2022 y 2023, con la convicción de que, los principales beneficiarios de una asistencia inclusiva, en colaboración, acorde a la complejidad del problema, son los usuarios de los servicios de Salud Mental, sus familiares y, también, los trabajadores que verán favorecida su permanencia y valoración como prestadores con especificidad en el sistema de salud. Se espera que el fruto de este trabajo se constituya en un aporte al momento de capacitar profesionales para desempeñarse en Salud Mental siguiendo la legislación vigente, arriba citada. Con esta expectativa, se formulan estas preguntas:

Interrogante central:

¿Qué características identifican como propias del trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental los integrantes de los grupos denominados como tal, en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe?

Interrogantes complementarios:

³ En ambas leyes, la provincial y la nacional se indica adoptar las prácticas terapéuticas menos restrictivas y en el Consenso de Panamá se alude, expresamente, al cierre de los manicomios. Esto implica que, por un lado, cobren relevancia las prácticas ambulatorias y en la comunidad y por otro que, de ser necesario el internamiento, sea en un hospital general.

¿Cuáles serían factores favorecedores del trabajo en equipo interdisciplinario, desde la perspectiva de los integrantes de los grupos denominados como tal, en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe?

2) ¿Cuáles serían factores obstaculizadores del trabajo en equipo interdisciplinario, desde la perspectiva de los integrantes de los grupos denominados como tal, en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe?

3) ¿Cómo se perciben frente a los factores obstaculizadores del trabajo en equipo interdisciplinario, los integrantes de los grupos denominados como tal, en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe?

PROBLEMA CIENTÍFICO Y JUSTIFICACIÓN

“No sólo los modos y medios de las soluciones de los problemas están sujetos al estilo científico, sino también, y aún en mayor medida, la elección de los problemas” (von Glasersfeld en Pakman, 1996, p27)

Problema científico:

Se enuncia el siguiente problema de **problema de investigación:** ¿Qué características identifican como propias del trabajo en equipo interdisciplinario en salud mental los integrantes de los grupos denominados como tal, en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe?

Justificación:

A nivel internacional, en el terreno de la Salud Mental, este país adscribe a la Declaración de Caracas y el Consenso de Panamá. En consonancia con estos lineamientos, la legislación vigente a nivel provincial y nacional plantea cambios en la modalidad asistencial. El tema propuesto para esta investigación tiene la potencia de un aporte al momento de capacitar recursos humanos para desempeñarse en Salud Mental siguiendo los lineamientos arriba citados.

Se aspira a que, los principales beneficiarios de este trabajo, además de la comunidad científica en general, sean los usuarios de los servicios de Salud Mental, sus familiares y el personal a cargo, ya que se contará con un enfoque para analizar y promover la necesaria transformación de dichas prácticas asistenciales. Como ya se explicitó, la expectativa es que los usuarios y familiares gocen de los beneficios de una asistencia inclusiva, en colaboración, acorde a la complejidad del problema y los trabajadores vean favorecida su permanencia y valoración como prestadores con esta especificidad en el sistema de salud.

Por tratarse de una investigación de base netamente empírica con un diseño flexible y lectura cualitativa se considera que no se puede afirmar o negar a priori su utilidad metodológica.

Se deja enunciada la expectativa de generar un instrumento que agilice los tiempos en el logro del trabajo en equipo en Salud Mental y su posible transferencia a otros ámbitos del quehacer humano.

Se cuenta con el acceso a integrantes de los grupos de trabajo en Salud Mental que trabajan en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe. Se trata de un proyecto autofinanciado a los fines de cumplimentar la tesis de la Maestría en Pensamiento Sistémico del CEI con asiento en la UNR.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Generar conocimiento sobre las características propias del trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental, identificadas por los integrantes de los grupos denominados como tal, en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe.

Objetivos particulares:

- Describir los factores que los integrantes de los grupos denominados como equipos interdisciplinarios en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, señalan como favorecedores del trabajo como tales.

- Describir los factores que los integrantes de los grupos denominados como equipos interdisciplinarios en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, señalan como obstaculizadores del trabajo como tales.

- Explorar las posibilidades que se atribuyen los integrantes de los grupos denominados como equipos interdisciplinarios en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, para incidir sobre los factores descriptos como obstaculizadores del trabajo como tales.

ANTECEDENTES

Para la elaboración de este apartado se buscaron tesis vinculadas al tema, la construcción del trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental en un hospital monovalente y sus palabras clave: el equipo como sistema, cualidad emergente, interdisciplina, pensamiento sistémico, hospital monovalente, Ley Nacional de Salud Mental.

Los resultados obtenidos mostraron la necesidad de ampliar el criterio de inclusión, esto llevó a una búsqueda en internet de otro tipo de escritos en idioma castellano. Los resultados confirmaron la originalidad de este trabajo ya que: *“Un trabajo de investigación puede ser original por su tema, por su enfoque, por su presentación o por el contexto en el que se plantea.”* (Ortiz Castro en Avendaño, 2020, p 19).

Investigaciones:

Se relevaron en total cuatro tesis de maestría, tres de ellas se realizaron en la Colonia psiquiátrica de Oliveros y una en un hospital polivalente de Entre Ríos. Se las ordena en función del contexto de la investigación y en orden cronológico. Se inicia este recorrido con las que se realizaron en el mismo monovalente donde se hizo el trabajo de campo de esta tesis.

La más antigua es la ***Tesis: “La familia en los procesos de manicomialización-desmanicomialización. Estudio de las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros*** “de la trabajadora social María Florencia Serra para la Maestría en Trabajo Social de la UNER que data de 2010. En este trabajo la autora hace foco en las características del vínculo entre los familiares de las personas internadas en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros y las prácticas asistenciales ofertadas desde la institución. Resalta la fuerte implicación del trabajo en equipo interdisciplinario en esta oferta asistencial, ella misma

ha formado parte de uno. Respecto del enfoque metodológico se encontraron aspectos convergentes con este trabajo ya que, pone en valor la lógica cualitativa en tanto y en cuanto puede ayudar a la comprensión de los significados que los sujetos construyen en su propio contexto. Recoge las voces de los familiares de los pacientes, de profesionales integrantes de los equipos y del médico psiquiatra a cargo de la dirección en ese momento. Para el sector de enfermería recurre a registros escritos. El análisis de los datos lo hace con la plantilla de tres columnas y utiliza la comparación constante en la búsqueda de semejanzas y diferencias. Como se señala más arriba el foco elegido es otro, pero, tiene una fuerte proximidad con este trabajo, en cuanto a la elección metodológica y la caracterización del contexto.

La segunda presentada en este tramo de esta investigación es la **Tesis “*Delimitación de funciones terapéuticas y funciones asilares en la problematización de los criterios de admisión a las instituciones psiquiátricas. El caso de la Colonia de Oliveros luego de la última crisis argentina de 2001*”** de Marisa Barrios, también trabajadora social y para la Maestría en Trabajo Social de la UNER. Data de 2010 y es previa a la sanción de la ley nacional de Salud Mental. Hace foco en la importancia del contexto y su influencia en las admisiones en dicha institución. El contexto general es la crisis argentina de 2001 en la que se agudizan problemas sociales como la pobreza con su consiguiente impacto en las políticas en salud y la calidad de vida de la población en general. En lo singular del monovalente pone en evidencia la tensión entre los criterios de admisión de la institución psiquiátrica y la complejidad de los problemas de los usuarios que llegan a solicitar asistencia. Se da una actualización del binomio locura/marginalidad que promueve lo asilar del monovalente en detrimento de sus funciones terapéuticas. En todo su desarrollo está implicada la modalidad de trabajo, diseñada en la Colonia de Oliveros a partir del retorno a la democracia y la sanción de la ley provincial 10772.

Si bien el primer escalón, el dispositivo de admisión, está a cargo de un equipo interdisciplinario no se profundiza en la dinámica desde la que se concreta la tarea del equipo ni se recaban testimonios de los trabajadores. La autora toma la voz protagónica y menciona como insumo fundante para su investigación el registro de debates institucionales en torno a los criterios de admisión que se venían sosteniendo. Como aportes para este trabajo se destacan la reconstrucción histórica general y particular, la caracterización del manicomio y su contexto y la contradicción que recorre la tarea del equipo de admisión al momento de definir el objeto de intervención. Otro aspecto en común que se refrenda en este trabajo es la falta de recursos adecuados para llevar adelante acciones que intentan restaurar el status de sujeto de derecho en la población asistida.

La tercera y última localizada en la Colonia psiquiátrica de Oliveros es la **Tesis: “Aportes desde el Trabajo Social a las prácticas sustitutivas a la lógica manicomial: ¿Una alternativa posible?”** de otra trabajadora social, Rossana Ibarra para la Maestría en Trabajo Social de la UNLP, es un poco más reciente, del 2021. A diferencia de esta investigación y de las anteriores, la autora centra su indagación, específicamente, en torno a las prácticas de los trabajadores sociales. Hace foco en aquellas sustitutivas de la lógica manicomial y que serían las requeridas al momento de intervenir con pacientes alojados en casas asistidas. Aquí se marca una diferencia ya que, en esta investigación, los trabajadores sociales son abordados, en tanto y en cuanto, son integrantes de los equipos interdisciplinarios que trabajan en las salas de internación.

La cuarta y última de este apartado es la **Tesis: “Concepciones y prácticas de salud mental de los trabajadores del hospital polivalente Dr. Fermín Salaberry de la ciudad de Victoria-Entre Ríos. Un estudio acerca de las internaciones de usuarios en el marco del proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657”** de Cecilia Vanesa

Valverde, también trabajadora social pero para la Maestría en Salud Mental de la UNER. Como la anterior data de 2021. El contexto de esta investigación es totalmente diferente, responde al marco general de la ley nacional de Salud Mental que aboga por erradicar los monovalentes. La similitud con este trabajo es que aborda las concepciones y prácticas de los trabajadores de las distintas disciplinas al momento de brindar asistencia a los usuarios de salud mental. Incluye describir los modos organizativos que se implementan en el polivalente para alojar estas prácticas interdisciplinarias.

Sintetizando, las tesis que se contextualizaron en el mismo monovalente de la provincia de Santa Fe que se aborda en este trabajo hacen foco en otros aspectos de la tarea asistencial. La más cercana al objeto de estudio de este trabajo se realizó en un contexto totalmente diferente, un hospital polivalente de la provincia de Entre Ríos. La lectura de estas investigaciones aportó saberes que enriquecieron este trabajo y reafirmaron su originalidad.

Otras fuentes de conocimientos sobre el tema:

En este apartado se incluyen otro tipo de producciones, todas con el formato de artículo. Se toma como criterio ordenador en este diálogo con el material trabajado, su localización geográfica.

Se comienza por textos de connacionales de Buenos Aires. **Fantini, Tolsá y otros** (<http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/jornada/6.pdf>) plasman la experiencia de un equipo interdisciplinario en Salud Mental en un contexto totalmente diferente al de esta tesis, ya que se desempeña en un Servicio de Psiquiatría en un Hospital de día de un hospital general desde los '90. Este dispositivo asistencial está articulado con actividades docentes para alumnos de las carreras de medicina, psicología y musicoterapia. Se encuentran diferencias con su

enfoque y similitudes en sus conclusiones ya que, desde una óptica de corte psicoanalítico se marcan particularidades de esta práctica asistencial y se señala la existencia de una ética compartida desde la que se sostiene rescatar la subjetividad de cada paciente en la construcción conceptual común del problema. Hay otras coincidencias cuando se reconoce lo incompleto del conocimiento disciplinar y se plantea abrir un espacio de producción que cuestione la causalidad lineal, la fragmentación de los fenómenos a abordar e integre las diferencias sin homogeneizar. Como cuestión interesante en este contexto, se destaca el hallazgo de que el trabajo en equipo implica un efecto preventivo del burnout y mejora la calidad de la asistencia y que la resistencia a la innovación viene de la mano de la burocratización de los profesionales.

Dillon, Melamed y González (<http://www.psicosocialyemergencias.com/abordaje-interdisciplinario-en-salud-mental-en-el-servicio-de-guardia-de-un-hospital-general/#>) se ubican en un contexto totalmente diferente, el servicio de guardia de un hospital general. Dan cuenta de la experiencia de un equipo interdisciplinario de Salud Mental que se desempeñó como tal en una guardia de un hospital general de la CABA entre 2008 y 2011. El marco legal que habilitó esta práctica data del año 2000, es la ley 448 reforzada en 2010 por la ley nacional 26657. Aquí se puede contrastar con lo acontecido en la provincia de Santa Fe, localización geográfica de esta investigación que, desde los '90, cuenta con una normativa respaldatoria de la tarea asistencial a cargo de un equipo interdisciplinario. Hay coincidencia cuando sostienen la idoneidad del equipo para romper con la centralidad del hospital psiquiátrico y atender la complejidad de las problemáticas que motivan las consultas que trascienden el terreno psicopatológico individual y se ubican en la esfera psicosocial. Resulta cercana su postura de ampliar la pertinencia del equipo para llevar adelante acciones de promoción de la Salud Mental y prevención de problemáticas específicas y hacer eje en su inserción en otros efectores por fuera

de los hospitales monovalentes y la transformación en la visión de los médicos de los problemas propios de la Salud Mental.

En **El equipo terapéutico en la práctica clínica, Ricardo Angelino** (<https://www.scribd.com/document/260138578/El-Equipo-Terapeutico-en-La-Practica-Clinica-Ricardo-Angelino>), profesional con una trayectoria de 30 años en el terreno de la Salud Mental en los ámbitos público, privado y de obras sociales y con intervenciones comunitarias, asocia estrechamente el trabajo en equipo en Salud Mental con la interdisciplina. Se resuena con su texto cuando afirma que el trabajo interdisciplinario es contrahegemónico y rompe con la defensa individualista del conocimiento disciplinar. Aporta la descripción de las condiciones que subyacen en la constitución de un equipo de esta naturaleza, entre los necesarios acuerdos mínimos está la concepción de sujeto como una persona en situación integrando y contextualizando lo bio-psico-social. A su criterio, el equipo interdisciplinario es un grupo por su dinámica y estructura, también alude a una “óptica sistémica” aunque no profundiza en su conceptualización. Un punto de cercanía con este trabajo es cuando define a la reflexividad como una actitud que sostiene al equipo y que conlleva una rigurosa acción que aúna teoría, práctica y resultados. Aventura que el paso siguiente es la transdisciplina como construcción de un saber mega-explicativo. En contraste con los artículos anteriores es el que más se aproxima al marco teórico de este trabajo.

Ampliando el alcance del contexto geográfico, se encuentran un par de textos de autores chilenos controversiales entre sí. El más antiguo es el de **Madariaga (noviembre de 2003. S/ref.)** que desarrolla una propuesta formativa a partir de los cambios que implica la implementación en Chile, como política de estado, de la práctica de la psiquiatría comunitaria en

el marco del trabajo en equipo en Salud Mental. Señala distintos aspectos a considerar, desde el modo de constitución del equipo hasta la necesidad de incluir como factor que incide en esta práctica el contexto a nivel nacional e internacional. Señala la contradicción entre esta modalidad de trabajo y los postulados del neoliberalismo. Se acerca al planteo aquí sostenido al considerar como factor clave, en la implementación del trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental, contar con el marco legal local en línea con declaraciones y consensos internacionales. Con respecto al trabajo del equipo marca la importancia de generar evidencia y el vínculo que guarda con el ejercicio de la reflexividad. Valoriza al factor humano como pieza clave de este modo de trabajo que trasciende las fronteras de lo técnico disciplinar y dialoga en terreno con otros saberes y actores, es así como, en coherencia con lo planteado, se llega sí o sí a la producción interdisciplinar y deja en el plano de las aspiraciones lo transdisciplinar. No explicita sus fuentes empíricas, sí cita a autores a los que recurre en algunos temas. Unos años más tarde, **Villarino H (2009.S/ref.)** realiza un análisis ético del “Manual para el trabajo en equipo de la Psiquiatría Comunitaria”. Postula que el escrito no responde a las características de un manual y que indica una forma de trabajo donde sus defensores bordean el fundamentalismo ya que no hay evidencia de su efectividad. Sostiene que se trata de una práctica de tipo experimental y que debiera atenerse a lo que rige como ética de la investigación y, en tanto y en cuanto, se trata de una política pública debiera regirse dentro de la ética de la gestión y la administración de recursos. Sus cuestionamientos muestran un posicionamiento desde un saber médico que, al momento de abordar un terreno como la Psiquiatría comunitaria y el trabajo en equipo, en principio multidisciplinar, tiene sus limitaciones. Se encuentra resonancia con los debates que se dieron en este país en torno a la jefatura del equipo interdisciplinario. Se rescata que, como

aporte crítico, estimula a profundizar y lograr mayor solidez al fundamentar la implementación de esta modalidad asistencial.

Trascendiendo los límites de nuestro continente, se seleccionaron cuatro textos de un país europeo de habla castellana (España). Uno de ellos es el de **Mascaró Masri** (<http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0103/0103ete.htm>). Este autor aporta una visión amplia e histórica del trabajo en equipo, al que ubica como una práctica muy antigua en medicina. Identifica dos modos posibles uno tradicional, muy alejado del objeto de estudio de este trabajo, de organización jerárquica y vertical como por ejemplo los quirúrgicos y otro más dinámico de estructura horizontal como los que abordan los problemas de la Salud Mental en un contexto diferente del Hospital Psiquiátrico tradicional. Aquí se pone sobre la mesa una divergencia con el enfoque de este trabajo ya que el contexto del objeto de estudio de esta tesis es un hospital monovalente. Un punto de proximidad surge cuando sostiene que este tipo de equipos incluyen otras profesiones como la psicología, la sociología, la terapia ocupacional, la musicoterapia, el trabajo corporal. Vuelve a alejarse cuando afirma que este tipo de práctica responde a la complejidad que la patología grave presenta y a los múltiples recursos terapéuticos que requiere su resolución. Desde la lectura sistémica poner en el centro la patología grave desestima la relevancia de otros factores que tallan cuando la concepción del sujeto es relacional. Los textos restantes como el de **García López** (http://www.bus.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0952002.htm), el de **Pi Ordóñez**, **Martorelli Giner y Delgado Navarro** (<http://www.sepyvna.com/revista-autores/>) y el de **Bellido Mainar** (<https://en.calameo.com/books/000958532a40c65cac533>) aluden a contextos específicos donde se ubica la práctica del equipo interdisciplinario como una condición necesaria. Hay diferencias en cuanto a la ubicación histórica de esta tendencia al abordaje

comunitario en equipo, en una construcción que instala la posibilidad de la interdisciplina, una de las autoras señala los '70, otra toma la instalación de la reforma psiquiátrica por ley en 1986. Desde esta perspectiva y experiencia e incluso en lo que se refleja en este trabajo no es sorprendente esta aparente contradicción ya que, en coherencia con este modo de pensar la realidad, es factible que las transformaciones comiencen marginalmente, por fuera del instituido hasta que se concretan en un cuerpo legal. En estos tres artículos se mencionan como una de las vertientes teóricas que alimentan la visión de los autores a la corriente sistémica y el constructivismo y se rescata la reflexividad como parte de la práctica que sostiene al equipo en su práctica. De todos modos, sólo se quedan en la mención, no hay un desarrollo que permita apreciar claramente las coincidencias con este marco teórico.

Finalmente, se incluye una publicación sin autoría de un blog. Allí se toma en forma general al equipo de salud, se citan varios autores, se referencia históricamente a la década del '70 en Gran Bretaña y documentos de la OMS sobre la definición del equipo de salud en el terreno de la APS. Se establecen las diferencias entre la práctica multidisciplinar, la interdisciplinar y la orientación transdisciplinar. Se ve proximidad con la postura de este trabajo cuando se marca el predominio de una relación horizontal y de colaboración e intercambio entre disciplinas que puede llevar a la creación de un marco conceptual nuevo. Resulta interesante la descripción de las etapas por las que transita un equipo interdisciplinario en su constitución, coincide con la concepción procesual sistémica y queda abierta la posibilidad de la contrastación empírica con los hallazgos de esta investigación. Un punto oscuro es que no se hace referencia a cómo se origina este conocimiento ni hay referencia clara al marco teórico utilizado por los autores.

Resumiendo, todos los trabajos relevados pertenecen al mundo de habla hispana, más específicamente: cuatro son españoles, tres argentinos y dos chilenos, del restante se desconoce el autor y su nacionalidad. Ninguno de los diez trabajos da cuenta del trabajo en equipo en Salud Mental en el contexto de un hospital monovalente, al contrario, pareciera que el contexto natural del trabajo en equipo fuera extramuros: en un hospital general, en APS, en el llamado trabajo comunitario. Se señalan los equipos en Salud Mental como emergencia necesaria en el abordaje de problemas complejos donde el enfoque desde una sola disciplina se revela insuficiente. Aparecen como hechos fuertemente vinculados la constitución inicial del equipo desde una oferta multidisciplinar y el desarrollo en el tiempo de calidades de trabajo de tipo interdisciplinar, con ruptura de la causalidad lineal, abandono de la visión fragmentada de los fenómenos abordados y generación de acuerdos mínimos como por ejemplo con qué concepción de sujeto se trabaja sin dar cuenta del cómo de este proceso. Se menciona en varios de ellos la práctica de la reflexividad en el equipo como modo resguardatorio de esta modalidad de trabajo. En algunos se explicita que el trabajo en equipo en Salud Mental es una política de estado y se mencionan las leyes existentes. Sólo uno, de origen chileno, plantea una crítica a esta modalidad de abordaje, a la que identifica fuertemente con la práctica de la psiquiatría comunitaria, señala la falta de evidencias que avalen sus posibles beneficios y el fundamentalismo que exhiben sus defensores, la caracteriza como experimental por lo que debiera ser alcanzada por los postulados de la ética de la investigación.

Acorde a los fines de este trabajo se destaca que, en los textos seleccionados hay referencias teóricas, se mencionan autores y se alude a corrientes de pensamiento, inclusive el sistémico, pero no se exponen las bases empíricas propias que den sustento a lo afirmado.

Se finaliza este apartado retomando la cita de Ortiz Castro y se reafirma que la originalidad de este trabajo se sustenta en la combinación de su enfoque, el contexto elegido y su objeto de estudio.

SUPUESTOS

“la comprensión de la conducta humana requiere siempre circuitos totales. Esto es la cibernética: el recorrido circular completo que describe y explica. Un sistema mental es ese circuito completo que no deja cosas sin explicar, a nosotros que estamos incluidos en la explicación” (Wainstein, 2009, p34)

El título elegido para esta tesis: “El trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe como cualidad emergente” alude al supuesto general de que, el modo discursivo lineal de lo jurídico, encarnado en la ley 26657, es insuficiente para prescribir un fenómeno que ya se producía, por momentos, en la práctica de los equipos en Salud Mental del monovalente donde se lleva cabo esta investigación. Esto también implica que ver a la interdisciplina como una calidad de dicha práctica coherente con la complejidad del objeto abordado, pero, quedarse en estos aspectos de este nivel general deja de lado otro supuesto que es que hay una dinámica sistémica que la posibilita. Toda dinámica sistémica implica interacción entre los elementos del sistema y el bucle de feed back reconductor. Estas acciones entre seres humanos son procesos que se desarrollan en el tiempo, requieren de cierta estabilidad, son sensibles al contexto que los puede posibilitar u obstaculizar y se alimentan de la actitud reflexiva de sus integrantes. Lo producido por estas acciones de los integrantes de los equipos interdisciplinarios es lo que otorga identidad al sistema y, técnicamente, se llama cualidad emergente.

En el caso abordado en esta tesis, se agrega la contradicción que comporta el alojamiento de equipos interdisciplinarios en Salud Mental en un hospital público monovalente.

Desagregando este supuesto general, se consideran como captos capaces de dar cuenta de dicha cualidad emergente a las descripciones aportadas por los integrantes de los equipos. Se

toma este concepto de Bradford Keeney que, en Estética del cambio (1987), fundamenta que, para los seres humanos, no es posible trabajar con datos sino que en realidad se trata de captos. Es así como este autor incluye la innegable impronta del observador en lo observado. Desde estos supuestos se reconoce el valor del saber de los integrantes de los equipos interdisciplinarios y se arriba al objetivo general de este trabajo:

- Generar conocimiento sobre las características propias del trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental, identificadas por los integrantes de los grupos denominados como tal, en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe.

Con la renuncia a la objetividad a ultranza, el compromiso como investigadores obliga a potenciar la riqueza de una descripción, lo que lleva a otra desagregación y surgen los objetivos particulares:

- Describir los factores que los integrantes de los grupos denominados como equipos interdisciplinarios en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, señalan como favorecedores del trabajo como tales.

- Describir los factores que los integrantes de los grupos denominados como equipos interdisciplinarios en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, señalan como obstaculizadores del trabajo como tales.

- Explorar las posibilidades que se atribuyen los integrantes de los grupos denominados como equipos interdisciplinarios en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, para incidir sobre los factores descritos como obstaculizadores del trabajo como tales.

Parafraseando a Bateson en *Estética del cambio* (1987) se llega al supuesto último que guía las elecciones conceptuales y metodológicas de este trabajo que es que, un proyecto es el entrelazamiento de tres niveles de abstracción. El primero son los captos concretos (entrevistas a los integrantes de los equipos interdisciplinarios), el segundo es buscar el efecto moiré que revele la cualidad emergente. El tercer nivel es el eje de este apartado donde se muestran los puntos de partida (supuestos) y los caminos que se abrieron y recorrieron en esta investigación.

CAPÍTULO 1:

Marco teórico o marco referencial:

1.1 Generalidades: El equipo como sistema

“...la teoría de los sistemas representa un amplio punto de vista que trasciende grandemente los problemas y los requerimientos tecnológicos, una reorientación que se ha vuelto necesaria en la ciencia en general...” (von Bertalanffy, 1981, pVIII)

La propuesta es describir el hipotético devenir, de grupos de trabajo en Salud Mental constituidos en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, en equipo interdisciplinario desde la perspectiva sistémica⁴ (von Bertalanffy, 1981). Situarse en esta posición observacional implica asumirse en una cibernética de segundo orden (von Foerster, 1991). Desde allí, las características atribuidas al objeto de estudio llevan la impronta de las características de quienes ofician de observador y se explica por sí sola la afinidad con lo expresado axiomáticamente por Maturana y Varela: *“Todo lo dicho es dicho por un observador”* (1996, p54).

Se coincide con Pakman (Pakman en von Foerster, 1991, p89) en que esta primera vuelta reflexiva, a su vez, lleva al corolario: *“todo lo dicho es dicho a un observador”*. Hechas estas salvedades con respecto al objeto de estudio de esta tesis y la relación con él, se reafirma que se considera a este grupo de trabajo con los atributos propios de un sistema en interacción con un medio y en ejercicio de su autonomía. Particularizando en este caso, la bifrontalidad sistémica lleva a enfrentar la complejidad de una entidad, el equipo interdisciplinario en Salud Mental, constituido en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, que es todo y parte al mismo

⁴ Se considera necesario puntualizar que, a lo largo de su desarrollo, la perspectiva sistémica ha integrado aportes de distintas disciplinas y autores. En su amplio paraguas epistemológico tienen cabida distintos enfoques y corrientes, en un rango que abarca sus inicios, enraizados en la biología, hasta los más recientes aportes enmarcados en el construccionismo social y la narrativa. En este trabajo se elige hacer foco en la Teoría general de los sistemas y sus aplicaciones en los sistemas humanos.

tiempo. Como todo se materializa de manera distribuida, en la corporalidad de los profesionales que lo constituyen y, como parte, en el plano de lo simbólico en su pertenencia institucional.

Toda pertenencia institucional conlleva un cruce entre lo vertical y lo horizontal, en el caso del equipo interdisciplinario en Salud Mental, alojado en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, un aspecto de la verticalidad está plasmado en el texto de la ley Nacional de Salud mental N° 26657, marco regulatorio sancionado en 2010, en cuyo artículo 8 se lee:

“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.”

Otro aspecto de la verticalidad, a tener en cuenta, que se manifiesta con la fuerza del contexto (Bateson, 1976), es la organización “hospital público monovalente de la provincia de Santa Fe”. Fundacionalmente, colisiona abiertamente con el inciso d del artículo 7 de la ley Nacional de Salud Mental N° 26657, donde se enuncian los derechos de las personas con padecimiento mental y explícitamente, se afirma: *“d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.”*

El hospital público monovalente donde se realiza esta investigación y desarrollan su práctica los equipos interdisciplinarios en Salud Mental, fue fundado como Colonia Psiquiátrica en 1943, tal como se lo menciona en una publicación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la Provincia de Santa Fe (1963) con motivo de cumplir 20 años:

“Para la atención de los enfermos crónicos se estableció la Colonia de Oliveros cuyo XX° aniversario celebramos con una capacidad de 850 camas, único frenocomio de este tipo para toda la provincia, que debía absorber los enfermos crónicos que se atendían en los establecimientos para agudos de Santa Fe y Rosario...” (Beltramino G, 1963, p13).

Tal como se enuncia en la cita, las instituciones tipo Colonia, responden, a la necesidad de alojar a los llamados enfermos crónicos, en esta categoría se incluía e incluye a aquellos pacientes que ingresan a establecimientos de agudos y, pasado un cierto tiempo, no son externados. Sin entrar a analizar, ni cuestionar los motivos que prolongan su estada en el hospital, se les provee de un lugar de residencia permanente. Es así como, la noción de enfermedad crónica remite a lo que no tiene cura y estos lugares de internamiento son los reproductores, en tierra, de la nave de los locos. (Foucault, 2015).

Estas breves referencias a las raíces del hospital público monovalente de la provincia de Santa Fe, contexto del objeto de estudio e este trabajo, muestran, en principio, el juego de fuerzas contrapuestas al momento de diseñar una estrategia terapéutica que responda a los lineamientos generales de la ley 26657. Un hecho muy concreto, que evidencia lo arriba expresado, y que no puede dejarse de señalar, es su ubicación geográfica, dista 50 km. de la ciudad de Rosario y está emplazado a mitad de camino entre las localidades de Oliveros y Maciel. Se deja esbozado este supuesto para el momento de la contrastación empírica y se avanza en el desarrollo de este marco teórico de referencia. Entonces, se propone: generar conocimiento sobre las características propias del trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental, identificadas por los integrantes de los grupos denominados como tal, en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe. Se reconoce la impronta particular que tal trabajo tiene en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. Y se

asume que , esta posición observacional, presupone la categorización de dicho grupo de trabajo como un sistema.

“Si hay sistema, hay cualidad emergente”

Es el biólogo austríaco, Ludwig von Bertalanffy (1981), quien da forma concreta a la “Teoría general de los sistemas”, en su libro homónimo que, finalmente, ve la luz en 1968, se propone explícitamente: “...a partir de los problemas, tal como han surgido en las varias ciencias, mostrar la necesidad del punto de vista de los sistemas y desarrollarlo...” (1981, p XII).

Es allí donde da cuenta del funcionamiento de las totalidades, sistemas, de toda índole. Establece que la emergencia de una totalidad requiere de la interacción de por lo menos dos elementos y, avanza en la descripción de sus características: tensión entre totalidad y sumatividad, estar sustentados y ser sustentadores de una estructura capaz de organización y autoorganización, manifestada en fenómenos de segregación progresiva y mecanización progresiva, bifrontalidad, como cualidad/ corolario de la centralización progresiva y la individualización progresiva, funcionamiento como cerrados o/y abiertos y exhibir un comportamiento equifinal con autorregulación vía retroalimentación. Con este último concepto, la retroalimentación, realimentación o feed back se hace presente la relación entre la teoría general de los sistemas y la cibernética.

En este trabajo se focaliza en un caso particular de sistema, aquél cuyos elementos son seres humanos reunidos, en principio, por una prescripción: trabajar como equipo interdisciplinario en Salud Mental. La metodología elegida, para abordar este objeto de estudio,

es el contraste entre las aportaciones narrativas de integrantes de dichos equipos y el *“razonamiento en términos de sistemas”* (von Bertalanffy, 1981, p1).

Un sistema o complejidad organizada se recorta como unidad en el medio en el que está alojado por presentar, sus elementos, interacciones fuertes o interacciones no triviales, es decir, no lineales (von Bertalanffy, 1981). De lo antedicho se desprende que todo sistema tiene un límite que, por un lado, señala su interioridad y, por otro, es la interfase obligada con su exterioridad. Definir el límite del equipo interdisciplinario en Salud Mental comporta la doble tarea de fijar criterios de inclusión y exclusión, es explicitar qué características, estructurales o funcionales, deben reunir sus elementos para ser considerados partes de esa complejidad organizada. En los términos, arriba expuestos, es establecer cuándo las interacciones entre sus constituyentes son fuertes o no triviales.

Desde la letra del arriba transcripto art. 8 del capítulo V, Modalidad de abordaje, de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, se indica que, en primer lugar, por tratarse de un terreno asistencial se convoca para constituir el equipo interdisciplinario a profesionales, técnicos y otros trabajadores intervinientes de las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes, con una capacitación debidamente acreditada. Desde el razonamiento en términos de sistemas las propiedades de los elementos, los trabajadores de las áreas con pertinencia en Salud Mental reunidos por ley, no garantizan, por sí solas, el efectivo funcionamiento en equipo interdisciplinario.

En otras palabras, en este artículo de la ley, se confía la forma de organización del sistema “equipo interdisciplinario” a su estructura, necesario soporte concreto de la equipo interdisciplinario, pero no se contempla su mecanismo generativo. Quizás esa tarea quede

pendiente en tanto y en cuanto no se explore la dialógica posible entre un decir prescriptivo-legislativo, marcado por la linealidad, y la pragmática de la descripción de un operar sistémico, habilitante de una visión donde bucles recursivos, cualidad emergente y autoorganización son distinciones inevitables.

No cabe duda de que al dar existencia en el lenguaje a la entidad equipo interdisciplinario en Salud Mental, se está señalando un complejo que desde el punto de vista del número de sus constituyentes presenta cierta variación y que, desde el punto de vista de las especies a las que pertenecen sus elementos implica heterogeneidad y al que, desde el punto de vista de la tarea, por ley, se le pide cierta homogeneidad: ser un equipo interdisciplinario en Salud Mental. El nivel de generalidad desde el que se habla, sobre dichos constituyentes, en el art. 8 de la ley 26657 que, reproducimos una vez más, los menciona como *“profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente”* induce a pensar que, desde la lógica del discurso jurídico, la sumatividad basta para la concreción del equipo interdisciplinario.

Para remarcar la diferencia con lo que trasunta el modo enunciativo de la ley, se retoma el pensamiento sistémico, marco-herramienta elegido para este trabajo, en su texto Bertalanffy (1981, p55) usa, indistintamente, complejo o sistema y define: *“las características del complejo, comparadas con las de los elementos, aparecen como “nuevas” o “emergentes”*”.

Es decir, el trabajo en equipo interdisciplinario, visto como cualidad emergente del grupo de trabajo en Salud Mental constituido en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe no es explicable, desde el pensamiento sistémico, a partir de las características de las partes

aisladas ni tampoco hay certeza acerca de su concreción y/o su condición de interdisciplinario.

Agrega sentido a esta afirmación Humberto Maturana (1990, p14) cuando define que:

“Una explicación siempre es una proposición que reformula o recrea las observaciones de un fenómeno en un sistema de conceptos aceptables para un grupo de personas que comparten un criterio de validación. La magia, por ejemplo, es tan explicativa para los que la aceptan, como la ciencia para los que la aceptan. La diferencia específica entre la explicación mágica y la científica está en el modo cómo se genera un sistema explicativo científico, el cual constituye de hecho su criterio de validación.”.

En esta tesis se asume como tarea reformular los decires de los integrantes de los equipos interdisciplinarios en Salud Mental en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe acerca de su práctica, desde los conceptos propios del Pensamiento sistémico.

“El pasaje de grupo de trabajo a equipo interdisciplinario es equifinal”

Desde la onto-epistemología (Díaz de Kóbila, 2008) en la que se fundamenta este escrito es coherente hablar de un grupo de trabajo multidisciplinar constituido en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe que, regido por el principio de la equifinalidad, devendrá o no en equipo interdisciplinario. Se rescata un párrafo de la Teoría general de los sistemas de Ludwig von Bertalanffy (1981, p40) que resulta útil para continuar este desarrollo:

“En cualquier sistema cerrado, el estado final está inequívocamente determinado por las condiciones iniciales...No ocurre lo mismo con los sistemas abiertos. En ellos puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos. Es lo que se llama equifinalidad, y tiene significación para los fenómenos de la regulación biológica.”

Aquí se introduce una instancia clasificatoria de los sistemas según tengan o no intercambio con el medio, los sistemas físicos son cerrados y están sujetos a las leyes de la termodinámica y los sistemas biológicos o vivos intercambian sí o sí materia y energía con su medio. Son estos últimos, entonces, los que se apartan de la causalidad lineal newtoniana y, llevando lo dicho al tema abordado aquí, no cabe duda de que el equipo interdisciplinario en Salud Mental constituido en un hospital público monovalente de la provincia de Santa Fe es, estructuralmente, un complejo de sistemas biológicos, de seres humanos, en interacción. Cabe, como interrogante-guía en esta investigación, plantear si, como totalidad, responderá a las características de un sistema abierto o cerrado, es decir, si incluirá o no, en su repertorio conductual, la equifinalidad propia de los sistemas vivos.

“El grupo de trabajo en Salud Mental como sistema relacional estable”

Cobra interés, en este momento, problematizar esta relación entre sistema y medio. Ludwig von Bertalanffy (1981, p39) refiriéndose a los seres vivos, afirma:

“Todo organismo viviente es ante todo un sistema abierto. Se mantiene en continua incorporación y eliminación de materia, constituyendo y demoliendo componentes, sin alcanzar, mientras la vida dure, un estado de equilibrio químico y termodinámico, sino manteniéndose en un estado llamado uniforme (steady) que difiere de aquél.”

Sostener la validez de la réplica de este estado uniforme, propio de los organismos vivientes, en los sistemas relacionales humanos como lo sería el equipo interdisciplinario en Salud Mental constituido en un hospital público monovalente de la provincia de Santa Fe es, clasificarlo, sin duda, como sistema abierto. Es decir, en continuo intercambio con el medio ¿de

materia y/o energía?, con un funcionamiento en estado uniforme que, además, provee la estabilidad necesaria para preservar la estructura operativa del sistema.

En Teoría de la Comunicación humana, Watzlawick, Beaven y Jackson (1985, p125) recurren a la definición de Hall y Fagen para dar cuenta, a nivel general, de la existencia de entidades a las que llaman sistemas interaccionales estables: *“un sistema es estable, con respecto a algunas de sus variables si estas variables tienden a permanecer dentro de límites definidos”*. Para estos autores califican como relaciones estables aquellas que son importantes y duraderas para los participantes, incluyen como ejemplo las relaciones de amistad, ciertas relaciones profesionales y/o de negocios y las relaciones maritales y familiares. Aquí introducen otra denominación para estos sistemas cuyos elementos son seres humanos: *“grupos vitales con historia”* donde cabe la posibilidad y existe la necesidad de repetir secuencias interaccionales/comunicacionales. Quizás, en algún momento, quepa interrogarse sobre la suficiencia o no de categorizar a los integrantes del equipo como sistemas biológicos.

En términos generales se puede afirmar que, cuando de seres humanos se trata, interacción y comunicación son sinónimos. Resulta útil convocar a Maturana y Varela (1990, p129) cuando afirman que: *“Como observadores designamos como comunicativas las conductas que se dan en un acoplamiento social, y como comunicación, la coordinación conductual que observamos como resultado de ella”*. Es así como, en el compartir un aquí y ahora, las conductas asumen la categoría de mensaje a los ojos de un observador y, en esta coordinación conductual se hace presente, el efecto limitador de la comunicación: *“en una secuencia comunicacional, todo intercambio de mensajes disminuye el número de movimientos siguientes posibles”* (Watzlawick, Beaven y Jackson, 1985, p 127).

Cada mensaje, cada intercambio de acciones con significado produce un efecto que retorna al productor del mensaje y condiciona su próxima emisión, el sistema autorregula su curso de acción vía el mecanismo de la retroalimentación. Siguiendo a Winkin (1987), desde la óptica de la Teoría General de los sistemas, se revela como más ajustado para la comprensión de este tipo de fenómeno el modelo orquestal de la comunicación humana, en contraposición con la linealidad del telegráfico. Todo esto ocurre al interior del sistema, en el operar de sus componentes y, no necesariamente, sus efectos difunden al exterior, en otras palabras, funciona en clausura operacional (Maturana y Varela 1990).

Retomando y ampliando lo dicho hasta ahora sobre los *“grupos vitales con historia”* (Watzlawick, Beaven y Jackson, 1985), cuando de seres humanos se trata, se está hablando de unidades sistémicas emergentes del entrecruzamiento, tomando las vías del desarrollo de Vigotsky, entre lo filogenético y lo sociocultural.

“Un sistema relacional estable comporta la complejidad de ser abierto y cerrado al mismo tiempo”

Aquí se llega al cruce entre la teoría general de los sistemas y la cibernética, entre los sistemas abiertos, alejados del equilibrio y la autorregulación compensadora de las desviaciones. Con la cibernética irrumpe el concepto de información cuya materialidad escapa a los parámetros de la física newtoniana. Se toma distancia del modo de la física tradicional con respecto a los conceptos de materia y energía y se incursiona en el mundo de la forma, la pauta y la diferencia. Aparece otra cara del problema: *“Un problema no considerado aquí es el de la dependencia de un sistema no sólo con respecto a condiciones actuales sino a condiciones pasadas y al curso*

seguido en el pasado. Se trata de los fenómenos llamados “hereditarios” (en sentido matemático: E. Picard) o “históricos” (Volterra)” (von Bertalanffy, 1981, p 138).

Es así como, el sistema, en su operar en circuitos de realimentación, de sus elementos entre sí y con el medio como totalidad, se auto transforma y provoca transformaciones en su medio que restringen su comportamiento actual y futuro. En la descripción lingüística de este transcurrir cobra existencia el concepto de tiempo, aparece un antes y un después de tal o cual suceso, de tal o cual acontecimiento, de tal o cual evento. Como se señala en la cita surgen fenómenos hereditarios y/o históricos que, en el operar del sistema prima facie, entran en colisión con el principio de equifinalidad.

“Un sistema es una unidad bifronte”

Adentrarse en el examen de la pertenencia institucional del equipo interdisciplinario en Salud Mental constituido en un hospital público monovalente de la provincia de Santa Fe, comporta asumir la complejidad de la vida social humana. La coexistencia de elementos de índole diversa (Elkäim, 1989): genéticos y biológicos, identificaciones, fantasmas o elementos mass-mediáticos, culturales y sociales, es la característica propia de los sistemas humanos. Cada vez que se reedita el fenómeno interaccional entre individuos de la especie humana se hace evidente que: *“lo determinante, ya no es, por lo tanto, el individuo o un sistema constituido por individuos en interacción, sino los ensamblajes en evolución de elementos de toda naturaleza”* (Elkäim, 1989, p 63).

En el tema :” el pasaje de grupo de trabajo en Salud Mental constituido en un hospital público monovalente a equipo interdisciplinario en Salud Mental”, un elemento de relevancia

que incide en ese proceso, es el instituido que toma forma de ley (N° 26657) en 2010. Como afirman Etkin y Schvarstein (1989, p116):

“Al estudiar la dinámica instituido-instituyente hemos visto que las organizaciones, independientemente de sus finalidades y tareas básicas, son atravesadas por las ideas valores y creencias vigentes en la sociedad. De esta manera, la organización es un lugar de transversalidad de todas las instituciones tales como las relaciones instituidas de producción, la educación, la salud, la sexualidad, la justicia.”.

En este cruce entre lo horizontal y lo vertical, entre la materialidad en el aquí y ahora de la interacción entre los integrantes del grupo de trabajo como elemento de una organización más amplia como es el hospital público monovalente y el marco jurídico que regula su funcionamiento, se reconoce la transversalidad de la que hablan Etkin y Schvarstein y se muestra, una vez más, la pertinencia del enfoque de sistemas.

En consecuencia, se sostiene que, el grupo de trabajo en Salud Mental es, un sistema gobernado por reglas genéricas e idiosincráticas (Minuchin, 1979). Estas últimas desarrolladas en un lugar de transversalidad donde predominan dos instituciones: la salud y la justicia. Su transformación en equipo interdisciplinario de Salud Mental responde, desde este entender, a un proceso donde coexisten la autonomía y la autorregulación, fenómenos propios de la clausura operacional sistémica (Maturana y Varela,1990). Con esta restricción/apertura ocurre su aportarse, como elemento, de sistemas de mayor complejidad. La cualidad de unidad bifronte propia de los sistemas es el soporte conceptual que permite transitar las aparentes contradicciones entre autonomía/dependencia, sistema cerrado/sistema abierto, estabilidad/cambio y permite la vivencia de un mundo en movimiento, de un mundo de opuestos

complementarios. La linealidad del discurso jurídico otorga el marco de referencia, el efectivo cumplimiento de lo prescrito por la ley 26657 ocurre en el operar del sistema relacional humano al que, en principio, llamamos grupo de trabajo en Salud Mental.

Elkäim (1989, p40) interesado, como terapeuta, en el cambio, fenómeno subyacente en todo pedido de asistencia recurre a los desarrollos de Ilya Prigogine para profundizar, a nivel teórico, la comprensión de un dato empírico surgido en su experiencia como terapeuta de familias: en estos sistemas relacionales humanos se observa el interjuego permanente entre equilibrio y fluctuaciones, asociándose el cambio a la amplificación de éstas últimas. Utiliza la categoría sistemas alejados del equilibrio donde: *“La estructura aparecida es llamada disipativa, pues disipa la energía aplicada al campo. No puede aparecer sino “a distancia del equilibrio” y necesita un aporte continuo de energía”* (Elkäim, 1989, p41). Elkäim (1989, p45) sigue analogando con la química y llega a afirmar que:

“Cuando una estructura disipativa hace aparecer, por ejemplo, nuevas sustancias químicas, aparece una nueva función ligada a esta estructura. Este nuevo estado aparece a un más alto nivel de interacción del sistema con el entorno. Este comportamiento fue llamado feed back evolutivo”.

Quizás este contaminarse con la química permita dar cuenta conceptualmente de la mutación, grupo de trabajo en Salud Mental/equipo en Salud Mental/equipo interdisciplinario en Salud Mental y, venga bien verla como una nueva función ligada a esta estructura, un nuevo estado a distancia del equilibrio que requiere un aporte continuo de energía.

En su clásico “Teoría general de los sistemas”, Ludwig von Bertalanffy (1981, p125) escribe: *“Se dan sistemas en equilibrio en el organismo, pero el organismo como tal no puede*

considerarse como un sistema en equilibrio. El organismo no es un sistema cerrado sino abierto”, adjudica la posibilidad del equilibrio a los sistemas cerrados y ubica al organismo como una unidad de mayor complejidad expuesta a los cambios propios de un mundo en evolución. En un bucle recursivo de este desarrollo, se re invita a considerar al equipo interdisciplinario en Salud mental como un sistema relacional estable que comporta la complejidad de ser abierto y cerrado al mismo tiempo, de ser una unidad bifronte y regirse por el principio de la equifinalidad.

1.2 Especificidades: La práctica del equipo

1.2.1 Contextos de la práctica del equipo:

1.2.1.1 El hospital monovalente, la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

“Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman E, 1984, pág. 13)

Se retoma, en este apartado, lo expresado en la parte general de este marco referencial, cuando se incluye al grupo de trabajo constituido en un hospital monovalente en la clase de los sistemas relacionales estables (Watzlawick, Beaven y Jackson, 1985). Estos sistemas, constituidos por seres humanos funcionan como abiertos y cerrados al mismo tiempo. Se presenta, como interrogante a deslindar, cuál será el peso de cada una de estas funcionalidades en el cruce que finalmente, tendrán en la práctica concreta, lo mandatado por ley y cada integrante, con su multidimensionalidad biológica-social-cultural, interactuando en dicho grupo de trabajo en el contexto: hospital público monovalente.

Se amplía lo ya dicho acerca de la marca fundacional de este hospital monovalente, se considera pertinente categorizarlo como lo que Goffman (1984, p 20) llama institución total:

“En las instituciones totales hay una escisión básica entre un gran grupo manejado, que adecuadamente se llama internos, y un pequeño grupo personal supervisor. Los internos viven dentro de la institución y tienen limitados contactos con el mundo más allá de sus cuatro paredes; el personal cumple generalmente una jornada de ocho horas, y está socialmente integrado con el mundo exterior. Cada grupo tiende a representarse al otro con rígidos estereotipos hostiles: el personal suele juzgar a los internos como crueles, taimados e indignos de

confianza; los internos suelen considerar al personal petulante, despótico y mezquino.”

Es así como, cobra interés explorar, la vigencia o no de estos aspectos fundacionales que suenan contradictorios con el espíritu de la ley Nacional 26657 (2010), fuertemente alineado en el reconocimiento de derechos a las personas con padecimiento mental y la utilización de las modalidades de abordaje menos restrictivas, como se lee en el inciso d, del artículo 7:

“d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.”

Es indudable el contraste entre lo enunciado en la ley y lo afirmado por Goffman en su clásico *Internados:* *“ hay una incompatibilidad manifiesta entre las instituciones totales y organizaciones básicas de nuestra sociedad como la familia y el trabajo remunerado.”* (1984, p24).

Como elemento contextual⁵ particular, cabe agregar que, en la provincia de Santa Fe, en el área de Salud Mental, a partir del advenimiento de la democracia en 1984 se inicia un proceso de cambio. Para algunos una mera cuestión reformista que se queda a mitad de camino en la intención de desmontar el manicomio. En el año 1991, en este contexto se sanciona la ley Provincial de Salud Mental 10772, un instituido local que otorga un marco legal a ciertas acciones que venían concretándose en la práctica del personal de salud con, obviamente, fuerte resistencia en algunos sectores sociales. Data de esa época el intento de nombrarlo Hospital

⁵ Se aborda el concepto de contexto en el apartado siguiente.

Neuropsiquiátrico, aunque, hoy en día, persiste como nombre, inclusive en documentos oficiales: Colonia psiquiátrica de Oliveros.

En este punto se nos hace evidente una dimensión implícita en este problema y se la formula a modo de interrogante: ¿cuál es el peso en la actualidad, de la historia y la potencia performativa del lenguaje, en la práctica del equipo interdisciplinario en Salud Mental constituido en un hospital público monovalente de la provincia de Santa Fe?

1.2.1.2 La ley Nacional de Salud mental.

... "la noción de instituido remite a formas universales de relaciones sociales, originariamente nacidas en una sociedad instituyente, que nunca son definitivas, sino que, por el contrario, se transforman y hasta pueden entrar en el tiempo de su declinación." (Lapassade G., 1980, p89).

La verticalidad de la ley agrega singularidad a la práctica del equipo. Cumple un rol fundacional y, al mismo tiempo, otorga un marco regulatorio de sus acciones, en otras palabras, opera como contexto. En una visión sencilla se afirma que el contexto es una parte del medio que opera linealmente sobre el sistema. Para alejar el riesgo de las simplificaciones, también se define contexto como una pauta a lo largo del tiempo que otorga significado (Bateson, 2001), en este caso a las acciones del EI en Salud Mental. En línea con lo que se viene desarrollando, queda abierto dilucidar la pertinencia de considerar a la Colonia psiquiátrica de Oliveros y la ley Nacional de Salud Mental como dos contextos que operan simultáneamente sobre el equipo interdisciplinario en una relación de horizontalidad entre ellos o, si es más ajustado, pensar este vínculo entre la Colonia y la ley 26657 en términos de contexto y metacontexto (Keeney, 1987).

Como "*Nada puede provenir de la nada*" (Bateson, 2001, p40) se ve como necesario para continuar este proceso de adjudicación de significado, incorporar un breve recorrido histórico. En noviembre del año 2010, se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657,

cuyas disposiciones, por tratarse de una ley nacional de orden público, resultan un piso mínimo de cumplimiento obligatorio para todas las jurisdicciones del país, sin requerir de una ley de adhesión específica. Es el momento en que se retoma a nivel nacional un camino iniciado en el siglo pasado.

En 1953, a nivel internacional, a raíz de un documento de la Organización Mundial de la Salud, comenzaron los llamados procesos de reconversión de los manicomios o reforma de la atención psiquiátrica. Para la reconstrucción de las repercusiones en nuestro país se recurre a Faraone y Barcala (2020) quienes consignan que estas políticas llegaron a Argentina en 1957. Ese año se crea el Instituto Nacional de Salud Mental y se reúne a los once directores de las colonias de alienados que había en el país para conformar con ellos la Comisión Nacional Asesora de Salud Mental, a fin de impulsar esa reforma. Si bien este instituto no avanzó con la reforma, abre en Argentina el debate sobre estas instituciones y sus dispositivos para la atención psiquiátrica.

En los años que van de 1959 hasta la década de los setenta, se organizan movimientos importantes en defensa de la reforma: la Federación Argentina de Psiquiatría, la Confederación de Psicólogos de la Argentina (en 1958 se habían creado las primeras facultades de Psicología), y otras agrupaciones de trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, que inauguraron en conjunto los congresos anuales de Psiquiatría y Salud Mental y crean en Buenos Aires la Coordinadora de Trabajadores de la Salud Mental. Hasta que, en 1976, se produce el golpe de estado cívico-militar que instala la última dictadura militar se frenan todas estas iniciativas.

Con el retorno de la democracia en 1983, el gobierno de Alfonsín crea, en el Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección Nacional de Salud Mental. Se recuperan muchas de las propuestas lanzadas en los años setenta y se crean, en casi todas las provincias, direcciones de

Salud Mental. En su conjunto, la nación y las provincias inician una nueva política. Desde la Dirección Nacional, y con acuerdos con las direcciones provinciales, se organiza la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, que se constituye en la primera formación de equipos interdisciplinarios para la atención en salud mental en el país. Llegados los '90, gran parte de estos avances de la reforma se desestiman o paralizan, se sustituye la Dirección Nacional de Salud Mental por un repetido Instituto Nacional, vacío de propuestas, para administrar los hospitales psiquiátricos y las once colonias.

Es así como, en un contexto nacional adverso, en esta provincia se sanciona en 1991, la Ley 10772 que es, finalmente, reglamentada en 2007. Casi 20 años después a nivel nacional se plasma la 26657 y se la reglamenta en el año 2013, mediante el Decreto N° 603/13. Desde los inicios en 1957, con interrupciones y ambivalencias se avanza en un conjunto de transformaciones legislativas orientadas a proteger los derechos humanos de las personas afectadas en su Salud Mental y a abandonar un modelo de intervención basado en las nociones de peligrosidad e incapacidad en el que, durante décadas, se sustentaron prácticas atravesadas por la segregación social y el encierro. La concreción del derecho a la Salud Mental se nos presenta inescindible del acceso a otros derechos fundamentales como el trabajo, la vivienda, la seguridad social, la cultura, la educación, entre otros.

Resituando en la Provincia de Santa Fe lo dicho, se coincide con Barrios (2010) cuando refiriéndose a los problemas que se abordan en CPO⁶ afirma:

“Es decir, ya no sería un problema referido al mundo privado de un individuo en conflicto con su entorno, sino más bien una cuestión que involucra las formas en que el contexto social promueve u obstaculiza la integración social de los sujetos.”

⁶ En boca de los trabajadores es el modo habitual de nombrar a la Colonia psiquiátrica de Oliveros.

Retomando el tema de la ley y, en consonancia con la cita de Barrios, no se puede obviar la diferencia entre la letra de una ley y su implementación. En estos años transcurridos desde su promulgación y reglamentación la ley nacional ha cosechado detractores y adherentes. Los primeros, han adjudicado a defectos en la letra problemas de implementación, los segundos sostienen que todavía el estado no ha asumido fuertemente la tarea de proveer los recursos necesarios para plasmar en hechos concretos la letra de la ley. Desde la perspectiva sostenida en este trabajo, se sostiene que aún resta camino por recorrer para que en lo social, en su sentido más amplio, se generen las condiciones para la integración social de los sujetos con padecimiento psíquico.

1.2.2 La dinámica de trabajo prefigurada de la práctica del equipo: Interdisciplinariedad.

“la salud mental, más que una disciplina científica, es un movimiento político e ideológico que involucra a diversos sectores de la sociedad, interesados en promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y la calidad de su tratamiento.” (Bertolote, 2008, p1)

Este acápite se constituye en pista para cartografiar el territorio en el que se da, en el mejor de los casos, el encuentro y cooperación entre los integrantes del equipo interdisciplinario donde cada uno aporta sus propios esquemas conceptuales, su forma de definir los problemas y sus métodos de investigación. Siguiendo a Gusdorf (en Bottomore, 1983) se concluye que el motor habitual de este tipo de cooperación interdisciplinaria son necesidades de orden intelectual o científico que pueden darse en el plano de la teoría o de la investigación empírica es, en este último plano donde, a nuestro criterio cabe ubicar la práctica del equipo interdisciplinario en Salud Mental.

Alojada en el seno de un movimiento social con eje en el desplazamiento de la categoría paciente por la de usuario de servicio de Salud Mental, la práctica del equipo interdisciplinario es una muestra en tiempo real del deslizamiento desde la ciencia poseedora de un objeto y un método a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas. Sintetizando conceptos de Stolkiner (en Mattioni, 2018) decimos que los problemas dejan de presentarse como objetos y comienzan a aparecer como demandas complejas y difusas dando lugar a prácticas sociales atravesadas por contradicciones e imbricadas en cuerpos conceptuales diversos

Al mandatarse por ley, en el ya citado artículo 8 de la ley 26657, la interdisciplinariedad opera como regla genérica para el equipo. A su vez, en la parte general se caracteriza al equipo como un sistema capaz de auto organización y autonomía. En esta tensión entre lo genérico y lo

idiosincrático, al decir de Ibarra (2021), el trabajo en equipo interdisciplinario permite abordar las problemáticas sociales desde una interpretación total del problema, pudiendo responder a las necesidades de la población con las cuales se trabaja y no caer en la mera acción asistencial.

En lo último consignado se perfila la duda acerca de si el trabajo en equipo interdisciplinario en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe es o no una forma de hacer que pueda mandatarse. En esta línea se encuentran puntos de contacto con las conclusiones del Primer Foro de intercambio acerca de los Obstáculos, Desafíos y Pistas en el trabajo interdisciplinario (2018; p10) donde se lee:

“... la sinergia implica un nivel de complejidad que no coincide con los tiempos administrativos o burocráticos. Por otro lado, el trabajo interdisciplinario en sí mismo requiere de un alto nivel de interacción entre los miembros del grupo de trabajo y la delegación de tareas es una etapa a la que se llega luego de que el grupo haya construido “equipo” en su forma de trabajar. La producción conjunta (publicaciones, informes, proyectos) requieren transformar prácticas en conceptualizaciones, lo que a su vez implica, tiempo de intercambios, ensayos, diálogos. Las presiones habituales provenientes de los tiempos institucionales obstaculizan y fuerzan estos procesos, dificultando este tipo de propuestas.”

1.2.3 La posibilidad de superación de lo empírico en la práctica del equipo: Reflexividad.

“Los mensajes dejan de serlo cuando nadie puede leerlos. Sin una piedra de Roseta, nada sabríamos de todo lo escrito en los jeroglíficos egipcios; serían apenas elegantes ornamentos sobre papiro o roca. Cualquier regularidad, para estar dotada de significado- y hasta para reconocer en ella una pauta-, debe encontrar regularidades complementarias, tal vez habilidades humanas, y estas habilidades son tan evanescentes como las pautas mismas. También ellas están escritas sobre arena o sobre la superficie de las aguas.” (Bateson, 1980: 41)

Se inicia este punto del recorrido recordando que un sistema puede ser definido como aquella totalidad que emerge cuando tenemos, por lo menos, dos elementos en interacción. Desde esta perspectiva, se afirma que los equipos en Salud Mental de un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe son una clase de sistema, que evidencia sus particularidades al momento de la interacción de sus integrantes y en las acciones concretas que emprenden en cumplimiento de su finalidad. A esta altura de este desarrollo gana pertinencia profundizar en un concepto profusamente utilizado como adjetivo en este texto. Desde lo sustantivo del término Salud se acuerda con Almirón (2008, p61) cuando afirma:

“Las concepciones de la salud y de la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Los criterios de salud-enfermedad llevan implícita una concepción del sujeto, del mundo y de la historia”.

Entonces, en tanto y en cuanto los equipos interdisciplinarios en Salud Mental, son sistemas constituidos por seres humanos su accionar lleva la impronta de las cualidades de sus integrantes. Una cualidad relevante al momento de concebir su objeto de intervención es la diversidad de su pertenencia disciplinar en la que fundamentan sus diferentes criterios del proceso salud-enfermedad.

Se entiende que, en lo desarrollado hasta aquí, se hace evidente que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema a abordar que implica un abordaje interdisciplinario supone un intercambio social. En términos de Maturana y Varela (1990), esta construcción conceptual se sustenta en una unidad de tercer orden⁷ y se inaugura una fenomenología que incluye lo lingüístico, lo mental y la conciencia de sí. Es así como los integrantes del equipo interdisciplinario son prueba cabal de lo que afirman Maturana y Varela (1990, p 152): “...en la vida diaria, se organiza y se da coherencia a esta continua concatenación de reflexiones que llamamos conciencia y que asociamos con nuestra identidad...” Se lleva esta afirmación general de Maturana y Varela (1990) al plano particular de la vida laboral de los integrantes de los equipos interdisciplinarios en Salud Mental donde, se comunican, entrelazan su lenguaje y su emocionar, conversan y, en esta red de interacciones lingüísticas en que se mueven, cada uno mantiene una continua recursión descriptiva llamada yo. En sus conversaciones, los integrantes de los equipos interdisciplinarios ponen en palabras lo experimentado en una entrevista, en el transcurrir cotidiano de la sala, en la participación de un encuentro entre un usuario y su familia, ante la recepción de un pedido de informe. Hablarán del caso y discutirán en búsqueda de la solución, dirán de sí al decir de su tarea. Las palabras son acciones y con ellas los integrantes del equipo interdisciplinario crean un mundo compartido. El objeto de intervención del equipo en Salud Mental comporta una complejidad que requiere de subjetividades que puedan transitar de manera reversible y recursiva los extremos entre el quien soy y el que estoy siendo con.

Se considera que la firmeza en la convicción de que “*El modelo biomédico es lineal, responde a una simplificación*” (Desviat en Retolaza y Markez, 2008, p73) asociada a la idea

⁷ Maturana y Varela (1990) en su Libro El árbol del conocimiento establecen la existencia de unidades de primer orden: células, unidades de segundo orden o multicelulares y unidades de tercer orden o sistemas sociales capaces de comunicación y en el caso de los seres humanos de recursiones lingüísticas.

de que *“como dice el poeta, toda fijeza es vértigo y en el conocimiento como en la vida, todo nuevo refugio termina siendo una antigua trampa”*(Motta,2014, p2) es el motor para la disposición individual a encarnar lo dicho por Gonnet (2014, p4) cuando afirma que *“Es el sujeto el que es capaz, por medio de su autorreflexión, de objetivarse y reconocer sus supuestos.”*. Son estas las herramientas con las que cuentan los integrantes del equipo interdisciplinario para deslizar al otro sentido de sub-jectum señalado por Pampliega de Quiroga (1997, p7) *“...Sub-jectum significa: “estar sujetado”, “estar debajo”, “sometido a” (...) Este es uno de los sentidos posibles del término sub-jectum. El otro es: actor o protagonista”*. Ir y venir entre el “quien soy” disciplinar y “el que estoy siendo con” de la práctica interdisciplinar, admitir en el día a día esta continua y evolutiva oscilación alimenta la transformación de lo empírico en una fiesta. En este punto del escrito se hace necesario dejar establecido el acuerdo con Motta (2014) cuando define que *“La fiesta es un trance colectivo que permite recuperar el sentido”*. La auto-hétero-revisión, colectiva y permanente, permite a los integrantes del equipo interdisciplinario en Salud Mental sobreponerse al vértigo de lo incierto que comporta una práctica, una habilidad humana al decir de Bateson, con mayor cercanía con el arte que con la disciplinar y disciplinada técnica e, inclusive, llegar a disfrutarla.

CAPÍTULO 2:

Marco Metodológico:

“Esta manera de investigar es considerada como una forma de pensar más que como colección de estrategias técnicas...Provee nuevas perspectivas sobre lo que conocemos y nos dice más de lo que las personas piensan, nos dice qué significa e implica ese pensamiento” (Vasilachis de Gialdino, 2006, p27)

Se comparte con Mattioni (2018) que la guía para establecer la perspectiva epistemológica de esta investigación es el deseo de entender un fenómeno social complejo y contemporáneo, sobre el que se tiene nula capacidad de manipulación. Al inicio del marco teórico o de referencia se establece , siguiendo a von Foerster (1991), que la posición observacional como investigadores es en una cibernética de segundo orden. Llegado este momento del recorrido, donde se debe dar cuenta del modo de producir conocimiento, como marco general resultan apropiadas estas palabras de Gergen (Pakman, 1996, p162): “*Los términos y formas mediante los cuales obtenemos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios histórica y culturalmente situados entre las personas*”.

2.1 Tipo de diseño

En este proyecto de investigación se utiliza una ***perspectiva cualitativa***. Se fundamenta esta elección en lo aportado por Sampieri (2010) ya que el objetivo principal es caracterizar un objeto producto del desarrollo de un proceso, que compromete la acción direccionada de seres humanos en la resolución de un caso, eje de su práctica en Salud Mental. Se trata de una investigación ***de campo, no experimental, sincrónica o transversal*** donde la propia perspectiva de los integrantes de los equipos, devenidos por ley en “equipos interdisciplinarios” (Ley

Nacional 26657), es la **fuentes primaria** indiscutible para, profundizando en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, arribar a la caracterización de dicho objeto.

Su finalidad es **exploratoria-descriptiva** ya que la pregunta de investigación apunta a desarrollar un entendimiento profundo de cómo diferentes unidades dentro de un caso aportan a la comprensión del fenómeno de la construcción del trabajo en equipo interdisciplinario en Salud mental. El campo de recolección de datos es un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe ubicado en el km 356 de la ruta 11, Oliveros.

2.2 Muestra, unidad de análisis

Se continua en línea con Sampieri (2010, p394), cuando afirma que:

“En los estudios cualitativos el tamaño de muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. Lo que se busca en la indagación cualitativa es profundidad.”.

En lo específico del muestreo se coincide con Creswell (Sampieri, 2010) cuando afirma que el muestreo cualitativo es propositivo. Es decir, a partir de plantear el problema y definir su contexto, el investigador elige la **muestra de casos típicos**. Otra cuestión para dejar sentada es, como dice Neuman (Sampieri, 2010, p395), que en este tipo de investigación:

“el tamaño de muestra no se fija a priori (previamente a la recolección de los datos), sino que se establece un tipo de unidad de análisis y, a veces, se perfila un número relativamente aproximado de casos, pero la muestra final se conoce cuando las unidades que van adicionándose no aportan información o datos novedosos (“saturación de categorías”) ...”

La *unidad de análisis* son los integrantes de los equipos interdisciplinarios en Salud Mental de un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe y el *universo de estudio* los equipos que están funcionando en dicho hospital al momento de realizarse el trabajo de campo. Al inicio de este trabajo de campo había 9 equipos interdisciplinarios funcionando en el hospital monovalente. Se consideraron como integrantes de los equipos interdisciplinarios a psicólogos, médicos psiquiatras, trabajadores sociales, abogados y enfermeros, lo que dio un total de 45 unidades de análisis. Se los invitó a participar voluntariamente de la investigación por lo que la *muestra* fue *autoseleccionada* y así se concretaron 31 entrevistas. Este número responde a que se arribó a la saturación teórica y está en el rango establecido (Sampieri, 2010, tabla 13.1, p395) para el tamaño mínimo de muestra en estudios de Teoría fundamentada con utilización de entrevistas.

2.3 Estrategia de investigación

Para desentrañar las respuestas a las preguntas de esta investigación se eligen los aportes de, tomando palabras de Vasilachis de Gialdino (2006), la tradición de la Teoría fundamentada en los datos. Esta metodología surge por la inquietud de dos sociólogos norteamericanos: Glaser y Strauss de legitimar la investigación cualitativa. Se la puede caracterizar como una metodología para transformar el conocimiento, que está en la raíz de las acciones humanas, en información obtenida y analizada sistemáticamente. Se distingue por utilizar de manera simultánea el método de la comparación constante y el muestreo teórico con el fin de demostrar lo plausible⁸ de una teoría: *“por el muestreo teórico el investigador selecciona casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos o teorías ya desarrollados”* (Vasilachis de Gialdino, 2006, p156).

⁸ Esta diferenciación la ubica como una metodología congruente con lo que se plantea en esta tesis acerca de la relación entre el conocimiento posible y la objetividad.

Su instrumento principal son las entrevistas. En el material consultado no se especifica el tipo. Se adelantan en este apartado aspectos conceptuales de la comparación constante, en “Estrategia de análisis de datos” se la muestra en su uso concreto al momento de trabajar las 31 entrevistas obtenidas. Se inicia comparando entre sí las fuentes de datos pesquizando la emergencia de categorías, es decir de agrupamientos de ideas comunes aportadas por el material recogido, este procedimiento es llamado codificación abierta. Este momento del proceso admite, la existencia de la pre-codificación que implican los aspectos teóricos que sustentan la investigación, o se trabaja con “códigos in vivo” que aportan los entrevistados. Comienza la interpretación. Los datos, extraídos del texto original, son llevados a un nivel de abstracción para descubrir propiedades y subcategorías y se abre paso a la codificación axial y los memos. El paso siguiente es la codificación selectiva en aras de descubrir las categorías centrales.

La codificación se nutre de la búsqueda de similitudes y diferencias y es el corazón de esta metodología, al punto tal que Vasilachis (2006, p160) coincide con Strauss, y la presenta como un paradigma: “...*el paradigma no es más que una perspectiva sobre los datos, otra posición analítica que ayuda a recolectarlos y a ordenarlos de manera sistemática...*”.

Para concluir este apartado, se recurre una vez más a Vasilachis (2006) y, se mencionan los tres formatos en que se plasma esta metodología y que muestran las diferencias al momento de aplicarla: el diseño emergente propugnado por Glaser, el diseño sistemático desarrollado por Straus y Cobin y el diseño constructivista propuesto por Charmaz. Este último es el que se despliega en el subtítulo 2.5 de este capítulo.

2.4 Técnicas de obtención de datos y registro y consideraciones éticas

Previa a la inmersión en el campo se realizó una entrevista con la directora del hospital. Se le expuso, en líneas generales, el proyecto de investigación y se le solicitó información acerca de las formalidades a cumplimentar para lograr el acceso al campo. En el transcurso de la conversación brindó datos acerca de los equipos que en ese momento estaban trabajando en las salas del hospital.

Una vez lograda la autorización formal⁹, se concurre al hospital y se recorren las distintas salas informando a los integrantes de los equipos acerca del proyecto y se les solicitó que consideren su participación voluntaria.

Para la recolección de datos, se utilizaron: *entrevistas semiestructuradas*¹⁰, focalizadas en el problema de la investigación. Se eligió este instrumento entendiendo que las trayectorias de formación y profesionales de cada sujeto abonan a sus propias concepciones del trabajo en equipo interdisciplinario. La entrevista fue realizada a integrantes de los grupos denominados equipos interdisciplinarios en Salud Mental que trabajan en la Colonia psiquiátrica de Oliveros. Son profesionales que pertenecen a diversas disciplinas y especialidades como psiquiatría, psicología, trabajo social, abogacía, enfermería. Se rescató de dichos sujetos no sólo sus percepciones del proceso de implementación de las prácticas interdisciplinarias, sino además de su propio vínculo con la cuestión interdisciplinaria a lo largo de sus trayectorias profesionales.

Previo a la realización de cada entrevista, se explicitó el compromiso de confidencialidad, se pidió su autorización para grabar la entrevista y la firma del consentimiento informado¹¹.

2.5 Estrategia de interpretación y análisis de datos:

⁹ Ver ANEXO

¹⁰ Ídem 6

¹¹ Ídem 6 y 7.

La modalidad de análisis de la información es de tipo *interpretativo, constructivista*¹² y *sistémico*, basado en la Teoría fundamentada en los datos que permite no sólo la comprensión de los escenarios y los significados atribuidos por los sujetos al atravesamiento del cambio de paradigma en Salud Mental dentro de un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe, sino que, además viabiliza la construcción de categorías teóricas que permiten dar cuenta de conceptos y categorías emergentes.

Como plantea Mattioni (2018), en las teorías constructivistas la preocupación central son los procesos de construcción de realidad de los seres humanos como sistemas cognoscitivos a partir de sus observaciones en sus propias vidas, de allí emerge la realidad como una descripción de algo que surge entre quien conoce y un objeto, que se constituye en la base para sus futuras confirmaciones o nuevas distinciones. La posición sistémica obliga a considerar como factor determinante, de este acontecer expresado por los sujetos cognoscentes, a la variable espaciotemporal, implícita en la concepción del contexto como alojamiento indiscutible de todo sistema.

Para arribar a este análisis se transcribió el audio de las 31 entrevistas en un esquema en 3 columnas; en la primera el texto original, en la 2da. comentarios del investigador y en la 3ra. las categorías de análisis emergentes. Se consideraron segmentos de contenido a las respuestas a cada una de las 14 preguntas. En el proceso del análisis se encuentra que muchos contenidos corresponden a otras preguntas. En la columna de comentarios del investigador se torna una constante el señalamiento de segmentos que refieren a otras preguntas del cuestionario. Se va construyendo un extracto de cada entrevista que, a pesar de la linealidad que implica el lenguaje

¹² Se utiliza constructivista en un sentido amplio, se dejan de lado las diferencias entre el constructivismo radical y el construccionismo social.

y la sectorización por preguntas, toma un formato dinámico y de circulación del decir del entrevistado por las distintas preguntas del cuestionario.

Confeccionados los 31 extractos se los agrupó por especificidad disciplinar y se retrabajaron pregunta por pregunta comparando, buscando similitudes, diferencias y estableciendo categorías de análisis. Se arribó a una síntesis de los extractos de los decires de los 4 abogados, los 6 psicólogos, los 6 trabajadores sociales, los 7 médicos psiquiatras y los 8 enfermeros. En total 5 extractos.

Se realizó una tercera ronda de comparaciones y búsqueda de similitudes y diferencias pregunta por pregunta y se genera un extracto que integra los 5 en uno.

Se incluye en este apartado la resultante de la última intervención sobre los extractos donde se vincula a estos contenidos con los objetivos de la investigación. Van encomilladas las citas textuales de los decires de los entrevistados. En negrita las categorías de análisis que se infieren en el marco de esta investigación.

Objetivo general:

Generar conocimiento sobre las características propias del trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental, identificadas por los integrantes de los grupos denominados como tal, en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe.

- La Ley 26657 está incorporada en el operar del equipo interdisciplinario: “*con este equipo venimos como teniéndola en agenda permanentemente*”. (EV19, p14), “*Desde que ingresé a trabajar tomando al usuario como un todo ...cuando ingresé a trabajar acá ya estaba como muy planteado el tema de Salud Mental, de la Ley*” (EV 17, p14)

- El trabajo en equipo interdisciplinario en el hospital monovalente está sujeto a la **tensión** entre las **características de un monovalente y un hospital** que se encuadra en la ley nacional de Salud mental: *‘Para mí el gran shock cuando empiezo a trabajar en la Colonia fue ese... el encierro y sus efectos tanto en los pacientes como en los trabajadores.’* (EV 8, p3). En el marco de la Ley se considera al paciente como **usuario**, como sujeto con capacidad de poder hacer, obrar: *“Ahora es como que están como más independientes, si bien es otra clase de paciente, uno trata de independizarlos que se ordenen sus cosas, antes no se usaba eso de hacerlos independientes...”* (EV 17, p14). De la concepción clásica de paciente psiquiátrico se pasa a la de usuario y **sujeto de derecho**.
- En el hospital monovalente el trabajo en equipo interdisciplinario **es un instituido**, se ingresa a trabajar en un equipo interdisciplinario: *“En la propuesta laboral de la Colonia de Oliveros ya estaba incluido el trabajar en Equipo”* (EV 1, p2). Hay una condición histórica propia de este hospital monovalente, se da un movimiento de las bases que pone en cuestión el poder médico hegemónico y se empieza a trabajar en torno al sujeto de atención desde los distintos saberes disciplinares con la externación como objetivo común.
- El trabajo en equipo interdisciplinario **es un proceso**, es algo que se logra por momentos, no es algo que queda establecido. No es algo dado, se construye en la práctica, en el intercambio con los compañeros: *“no es algo que uno dice...” “uno dice formo parte de un equipo interdisciplinario...yo soy interdisciplinario.”* (EV 8, p5). Aunque no siempre se logra, se sostiene la intención del trabajo en equipo interdisciplinario. Es una **oferta asistencial única**: *“los familiares, a veces se sorprenden como uno realiza las entrevistas y nos*

presentamos todos y les contamos la forma de trabajo” (EV 15, p 13). Se lleva a cabo en un **contexto de características contradictorias**, el hospital monovalente es un manicomio que asume tareas de un efector en salud mental: el encierro y aislamiento geográfico similares a una cárcel se combinan con la presencia de equipos interdisciplinarios en todas las salas.

- Se tiene una **metodología de trabajo al interior del equipo interdisciplinario**: la reunión del equipo interdisciplinario. Allí los intercambios son en horizontalidad y las decisiones no son individuales, se toman por consenso: *“el equipo de salud es lo principal, sino el enfermero no puede hacer todo.”* (EV 20, p 5). Se trata de encontrar un para dónde, un para qué común, de las intervenciones: *“siempre la estrategia terapéutica se piensa entre todos.”* (EV 15, p5) Se conversa la distribución de tareas, se tienen en cuenta las particularidades del caso y la especificidad de cada uno al momento de definir los ejes de la tarea. Se habilita el decir y pensar del otro, la diferencia debe ser fundamentada, si hay imposición no hay trabajo en equipo. La forma de distribuir la tarea asegura el contar con el compañero.
- Se tiene una **metodología de trabajo en las intervenciones en el campo de lo asistencial**. La entrevista de admisión es realizada entre todos, en una dinámica en horizontalidad que favorece el vínculo entre los integrantes del equipo interdisciplinario y el respeto de la especificidad. Las entrevistas terapéuticas generalmente son con otro colega acorde a la particularidad del caso. Los usuarios tienen como referencia un equipo interdisciplinario.
- La **especificidad disciplinar**, en términos generales, asume distintas modalidades acordes al tipo de población asistida: agudos y crónicos, en otros términos, usuarios de

ingreso reciente y usuarios que viven en CPO. Esto es más notorio en enfermeros y trabajadores sociales. Al interior del equipo interdisciplinario, pueden diseñarse intervenciones contradictorias con las que se pensarían desde la propia disciplina: *“Uno se va construyendo una forma de trabajar su propia disciplina adentro del grupo”* (EV4, p7)

- El **nivel de autonomía del equipo interdisciplinario** se ve restringido por el incremento, en los últimos años (desde 2014), de ingresos de personas en conflicto con la Ley penal que no siempre, tienen criterio de internación: *“va variando con las épocas, en este momento creo que hay un cruce muy importante entre lo asilar como dispositivo de encierro y control de los -cuerpos y la justicia penal.”* (EV 8, p4). Aquí cobra relevancia la figura del abogado.
- Por distintas razones, es habitual el **recambio de los integrantes de los equipos interdisciplinarios**, ninguno de los entrevistados ha permanecido en el mismo equipo interdisciplinario desde su ingreso: *“mantener un proyecto de Sala, una línea de intervención es muy costoso, todo el tiempo volvíamos a empezar.”* (EV13, p2). Los más afectados son los enfermeros.
- Con respecto a los **usuarios**, se reciben situaciones que otros lugares no abordan, que quedan por fuera de la red, con las que nadie sabe qué hacer, gente en los márgenes de los márgenes. **Se diseña caso por caso**: se piensa en historias de vida en lo personal y familiar y el momento que está cursando. La **interdisciplina** es recoger la **complejidad** de cada situación y diseñar la mejor estrategia para ese sujeto en ese momento. Se ve la necesidad de lograr el **enlace en territorio**, con otros equipos, reuniones con otros efectores y audiencias en el Poder Judicial. Es lo que da sustentabilidad a las **externaciones**: *“ cuando trabajamos de manera interdisciplinaria todos estamos al tanto de todo, en el mismo camino...el discurso y el sostenimiento creo que es más fuerte y más*

fructífero para quien lo está recibiendo... esa falta de trabajo en conjunto muchas veces no se puede sostener a quien recibe el tratamiento” (EV 16,p 6)

- Con respecto a sí mismos, los **integrantes del equipo interdisciplinario refieren** el logro de *“acuerdos previos no narrados”* (EV 11, p8) para poder trabajar, se ven participando en la creación de algo novedoso que es del orden de la praxis: *“ Es poder construir una propuesta superadora de lo que pensó el psiquiatra, la trabajadora social ...”* (EV 15, p 9), *“Se arma una nueva línea de trabajo con esa mixtura”* (EV 15, p7), se sienten resguardados de la soledad frente a la complejidad y las dificultades de las problemáticas en Salud Mental, se frena la frustración, se alivia la tarea. Al contrario de lo que piensan muchos profesionales: *“tenés que estar contento de trabajar de manera interdisciplinaria porque es más fácil. Te tenés que bajar del caballo, escuchar.”* (EV 7, p6). Se ven en un armado, **un pensar, un hacer y una reflexión de todo el grupo.**

Objetivos particulares:

1) Describir los factores que los integrantes de los grupos denominados como equipos interdisciplinarios en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, señalan como favorecedores del trabajo como tales.

La historia:

- En un plano general:

Santa Fe ha sido pionera en establecer marcos legales para el trabajo en Salud Mental: *“varios de los compañeros de acá habían formado parte de procesos anteriores ...en base a comentarios de los propios compañeros también pude hacer una historización ahí de cómo se había logrado con la Ley provincial de Salud Mental, eso fue una gran conquista”* (EV4, p3)

La Ley provincial de Salud Mental es de los '90, habilitó otras prácticas como las salidas terapéuticas que rompieron con la tradición tutelar del usuario de Salud Mental y disputaron el terreno con el Poder Judicial. La Ley nacional tiene base en la Ley provincial de Salud Mental y los tratados internacionales.

- Del hospital monovalente:

Este hospital monovalente alojó un **proceso**, una construcción de esta modalidad de trabajo. Al retornar la democracia en los '80, se pone en marcha el Programa de externación. Ingresa un grupo de profesionales con otra lógica para trabajar: *“veníamos trabajando con equipos interdisciplinarios, ya veníamos con abogados, ya venía con un trazado de un discurso derechos humanos”* (EV4, p14). Los '90 son un momento de denuncia y ruptura con el modelo manicomial y la violación de DDHH. Se producen luchas de los trabajadores para sostener un modo de trabajo: *“fueron momentos de procesos colectivos muy fuertes y que han sido estructurantes del trabajo interdisciplinario, instituyentes y pioneros.”* (EV4, p8)

A mediados de los '90, un grupo de trabajadores toma la dirección, cesa la intervención y asume como director un integrante de ese grupo: *“conocía la colonia porque tenía amigos que trabajaban allí, por todo lo que fue la difusión de lo que se dio en llamar la experiencia Oliveros que realmente uno la escuchaba y daban ganas...”* (EV8, p3). Había más riqueza en ese sentido ya que la mayoría de los trabajadores habían elegido este lugar. Ahora ya no es tan así y se achata el debate. Se producen cambios en la práctica de enfermería con un “antes” impreciso donde el vínculo con el usuario era distante. Desde hace 20 años se forman equipos interdisciplinarios en todas las salas de este monovalente. Está naturalizado el abordaje en equipo interdisciplinario, se aprecia el contraste en los trabajos con equipos extramuros. Se ingresa con

esta dinámica del equipo interdisciplinario preestablecida pero el cómo en particular de cada equipo interdisciplinario es una construcción al interior de cada equipo interdisciplinario.

- Aspectos biográficos:

Algunos entrevistados toman aspectos históricos personales. Señalan tener una posición determinada frente a los conflictos de la vida que se pone en juego en lo laboral. Consideran una posición política elegir trabajar de este modo, apostando a lo colectivo en el estado. Es el resultado de una mayor participación en otras instancias de la vida política como procesos de tipo gremial, militancia universitaria. Es lo que da base a condiciones ideológicas que llevan a considerar al otro como un semejante y reconocer sus derechos a modo reparatorio. Consideran que los usuarios, en general, son personas vulneradas en sus derechos. Para ellos el trabajo en Salud Mental es “una especie de militancia” (EV11, p8). Es una práctica elegida. Es difícil sostener la complejidad de esta tarea sin este compromiso. Ven como un plus el poder ejercer esta práctica como algo coherente con el propio posicionamiento. El ingreso en el hospital cuando estaba en auge el trabajo en equipo interdisciplinario favoreció el intercambio con compañeros que venían en ese camino y compartían su saber.

Las características sociales:

- De la sociedad en general:

Surge el nuevo paradigma en Salud Mental con impacto en los usuarios y familiares. Gana fuerza una mirada política de respeto por la Ley 26657. Como sociedad empiezan a apalabrarse preguntas, cuestionamientos, esto lleva a trabajar con el usuario y no sobre el usuario. El acuerdo en la posición política de considerar a los usuarios del monovalente como sujetos de derecho se plasma en Políticas en Salud, se avanza en aportar los recursos necesarios

desde una medicación hasta la movilidad para una salida terapéutica. Se crean dispositivos que acompañan procesos de externación en territorio y se activan redes de contención con distintas instituciones en el territorio. Afloran distintas miradas sobre la vida en general, distintas versiones acerca del funcionamiento de un efector en Salud Mental. Aparecen las asambleas de usuarios.

- De las regulaciones sociales:

La **Ley 26657** otorga legalidad al trabajo del equipo interdisciplinario, apuntala el retorno a la comunidad de origen e indica el tratamiento en territorio. Se enriquece la práctica y habilita otro vínculo con el usuario donde lo subjetivo tiene lugar. La *“Ley no habla de una pirámide”* (EV 16, p7), rompe con la hegemonía del saber médico: el discurso médico hegemónico queda fuera de la Ley. En lo concreto y cotidiano se sostiene que los informes deben llevar dos firmas.

- Del monovalente como institución:

Es posible elegir la sala donde se quiere trabajar.

Las condiciones laborales deseables en el monovalente:

- Que los trabajadores tengan la estabilidad necesaria para sostener este tipo de trabajo y sean reconocidos como trabajadores con prácticas específicas. Esto favorece la conformación de los equipos y la buena relación, comunicación y confianza: *“... todo el tiempo planteamos como necesidad en la sala de contar con una médica psiquiatra fija. Armar equipo tiene que ver también con esto de poder construir en el tiempo juntos...”* (EV 13, p9)
- Que se incorpore a tiempo completo el abogado. Dispone de poco tiempo para cada sala y su modo de trabajo se reduce al asesoramiento.

- Que se reconozcan las horas extrahospitalarias. Forman parte del contrato al ingresar al monovalente.
- Que se cuente con todos los profesionales en todos los equipos interdisciplinarios y se tenga la flexibilidad para adaptarlo según las necesidades de la Sala.
- Que se reconozca la fuerza de lo colectivo para reclamar cuestiones como la falta de equipo interdisciplinario.
- Que se disponga de horarios de reunión para el diseño de estrategias y momentos de reflexión del equipo interdisciplinario. Esto requiere compatibilizar las distintas modalidades de carga horaria y de concurrencia a las salas de enfermería (40hs semanales en guardias de 8hs) y los otros profesionales (24hs, 12 en servicio y otro tanto en trabajo extrahospitalario).

El recorrido de distintas instancias de formación:

- Académicas:

Posgrados: que aporten conocimientos de disciplinas humanísticas, como las Residencias (RISAM) y algunas Carreras de especialización.

- No formales: la militancia en la universidad como un espacio de despliegue de prácticas colectivas. El trabajo con sectores marginales alejados del discurso académico.

- Capacitación en servicio: Concurrencia en el monovalente. Se combina lo teórico con una práctica acompañada. Conocimiento de la Ley. Acceso a libros con publicaciones de otras experiencias. Abordar la dimensión histórica que hace a la densidad de los modos de trabajo en este marco institucional.

- **Empíricas:** la experiencia transmitida entre compañeros de trabajo supera al conocimiento teórico: *“No hay un libro que te enseñe a manejar esto. ... Aprendí mucho de la gente vieja y mucho de la gente nueva”* (EV 10, p8). Por la propia práctica en el monovalente, los trabajadores logran una mirada más amplia para abordar situaciones complejas. El recorrido en el hospital y la relación con el equipo interdisciplinario llevan a la especificidad en Salud Mental: *“Desde lo estrictamente académico la práctica me rompió todo lo que yo traía.”* (EV 15, p8)

Ciertas habilidades de los integrantes del EI:

El trabajo en equipo interdisciplinario se favorece cuando se cuenta con profesionales que puedan comunicar, aprender, reconocer sus emociones, reflexionar y desde allí accionar: *“que el otro pueda llegar a entenderte para lograr una instancia en común sino no tiene mucho sentido, son todas personas hablando en paralelo”* (EV 21, p 10)

2) Describir los factores que los integrantes de los grupos denominados como equipos interdisciplinarios en un hospital monovalente de la pcia. de Santa Fe, señalan como obstaculizadores del trabajo como tales.

La historia:

- En un plano general:

- La ubicación geográfica, aspecto fundacional del monovalente, es un obstáculo al momento de requerirse acciones extramuros: *“el hecho de que quede en una zona rural, que tenga una geografía tan particular ... este cuerpo desmembrado de edificios sueltos en el medio del predio gigante”* (EV 21, p 3)

- Del hospital monovalente:

- Persisten prácticas de Colonia vieja como el trabajo del jefe de enfermería. Esto redundando en que enfermería no se habilite a prácticas que la alejan de lo custodial: *“algunas acciones dentro del hospital creo que son pensables en el marco de la salud mental y otras solo son pensables en el campo de lo asilar.”* (EV8, p4)
- La persistencia de la antigua valoración de profesionales y no profesionales. Muchas veces toma la forma de desacuerdos entre enfermería y el resto del equipo interdisciplinario: *“la discusión que está vigente y que es más difícil respecto de cómo trabajar con enfermería, como funciona esa articulación, si los convocás demasiado es un problema y si no los convocás también.”* (EV 21, p 2).
- Posición de hegemonía de algunas disciplinas sobre otras. Ejemplo: el equipo de guardia responde a una mirada disciplinar.
- El trabajo en equipo interdisciplinario ha tenido fluctuaciones en este monovalente. Hubo un impasse y ahora se está retomando.
- Incongruencia entre la práctica asistencial y el alojamiento concreto de los usuarios. La calidad de la práctica asistencial del equipo interdisciplinario no se acompaña de la provisión de los recursos materiales necesarios como mejora de aspectos edilicios del hospital, servicios básicos.

Las características sociales:

- De la sociedad en general:

- Hay **carencia de políticas serias en Salud Mental**. Dificultad para desmanicomializar. No se cuenta con una red de asistencia por fuera del monovalente. Falta de dispositivos en territorio

que operen preventivamente con poblaciones en situaciones de riesgo: niños sin contención emocional y material. El monovalente queda como el lugar para atender los problemas de Salud Mental. En atención primaria no se cuenta con recursos y habilitación para abordar problemas de Salud Mental: *“Sin apoyo desde el estado, de las distintos niveles, secretarías, desarrollo social, salud, medio ambiente, hábitat sino se puede trabajar coordinadamente allí, no se encuentra a quien trasladar una dificultad de un usuario que está compensado, tiene el alta pero no tiene dónde vivir, no tiene qué comer y no tiene un Centro de Salud en cercanía para continuar su tratamiento es muy difícil que pueda sostener su estabilidad, que logró en este hospital, en el afuera.”*(EV 30, p14).

- El **retiro del estado como garante de derechos** se traduce en un contexto de fragmentación social y desfinanciamiento. Hay falta de recursos económicos, técnicos, proyectos. En el caso de las adicciones se da la tercerización de servicios. En el monovalente no se disponen de los recursos económicos necesarios para sostener toda la tarea, desde cuestiones edilicias hasta guantes, sábanas, frazadas, gas para calefacción. La escasez de presupuesto afecta sostener este tipo de práctica, hay déficit de dispositivos en hospitales generales, personal calificado, vivienda.

- Falta de profesionales en cantidad y calidad en territorio: un solo psiquiatra para 10 Centros de Salud. No hay abogados.
- El hospital psiquiátrico es atravesado por las características de la sociedad a la que pertenece: narco criminalidad. Época de repliegue como defensa ante la angustia.
- Militancia en espacios diferentes que genera desconfianza. Ej. posición contraria de dos profesionales frente a la IVE solicitada por una paciente.
- Rechazo al loco.

- Cuestiones de corte mercantilista. En el corto plazo el trabajo en equipo interdisciplinario impresiona como más oneroso y a la larga resulta menos rentable porque se trabaja más de manera ambulatoria. La práctica en salud pública queda por fuera de este tema.

- De las regulaciones sociales:

La Ley 26657:

- **Falta la implementación plena de la Ley** que, aunque tiene falencias, se constituye en una herramienta que frena retrocesos. **Incongruencia entre la Ley y la práctica:** falta de condiciones integrales para el abordaje de la Salud Mental. Con la Ley se respetan las singularidades de los usuarios, pero no siempre hay eco en los efectores extramuros. Falta de articulación que permita transiciones.
- **En lo hechos no se respeta la Ley Nacional de Salud Mental:** *“derecho de las personas a vivir lo más cerca posible de su comunidad de origen y el estado por otra parte no ha brindado todavía los espacios sustitutos para poder cerrar los manicomios como tendría que haber sucedido en el año 2020.”* (EV1, p14). En las salas de crónicos pueden encontrarse alojadas personas sin criterio de internación pero que carecen de un afuera al que retornar. Si bien en el monovalente se han cerrado salas, lo que marca su transformación alineada con la ley, se carece de la cantidad suficiente de dispositivos alternativos en la zona.
- Actualmente el **trabajo del equipo interdisciplinario** es observado desde otras perspectivas. Hay temor ante la mirada de **interlocutores con visiones lineales**, acotadas que no comprenden la complejidad de las situaciones abordadas: *“Nadie que no haya trabajado en este hospital entendería lo que es este hospital.”* (EV 10, p3). Ej. caso de

paciente propietaria de una vivienda pero que carece de la autonomía para habitarla. Las estrategias del equipo interdisciplinario para que no se la usurpen es “leída” por el poder judicial como perjudicial para la paciente. Entran en conflicto una mirada desde el cuidado y otra desde el control.

- Si bien es reconocida como vigente, **no es del todo aceptada** por algunos **profesionales**:
“La ley modificó la estrategia de trabajo. Nos fuimos adaptando. La sigo cuestionando, es muy permisiva... Se trabaja sobre lo que dice la Ley, es una norma de trabajo, tenemos que respetarla.” (EV 20, p 14).

El nuevo Código procesal penal de la Provincia de Santa Fe:

- Permite internaciones sin criterio ordenadas por el Poder Judicial lo que lleva a la superpoblación hospitalaria.
- Desde lo penal se ha tomado la internación en el monovalente como un modo de atenuar la prisión preventiva. Es un retroceso. Este problema comienza en el 2014, el hospital pasa a ser un lugar donde se cumplen prisiones preventivas: *“Toda la cuestión que desde la reforma del código procesal penal ha hecho que se convirtiera en una estrategia sumamente cómoda para ciertos estamentos del sistema penal utilizar a la colonia como una cárcel morigerada.”* (EV8, p4) Esta estrategia de los abogados defensores de enviar su cliente al manicomio para evitar la reclusión en la cárcel distrae recursos para personas que no tienen criterio de internación y perjudica a los usuarios legítimos del sistema.
- Con las personas internadas con causas penales, más allá del lugar de alojamiento, se reproducen las condiciones propias del establecimiento penitenciario: custodia y plazos de permanencia. Resulta ilustrativo el decir de una integrante de un equipo de una sala de ingreso de hombres: *“En esta sala tenemos 3 equipos porque está el de médicos, psicólogo,*

psiquiatra y abogado, TS, el de enfermería y en esta sala tenemos el equipo del servicio penitenciario. Se trabaja en equipo todos los días, lo que no podemos ver nosotros lo ve el servicio penitenciario “(EV 18,p 5)

- En usuarios atravesados por la problemática penal tallan las leyes provinciales. En el cruce con el poder judicial, por tener el usuario una causa penal, la clínica queda subordinada a lo legal, el equipo interdisciplinario pierde autonomía y predomina el informe del médico forense. Los criterios de admisión encuadrados dentro de la Ley 26657 son transgredidos en muchos de estos casos.

El vínculo con el Poder Judicial:

- La mirada Judicial no contempla la evolución y complejidad de los problemas en Salud Mental.
- Falta de articulación entre el abordaje en Salud Mental y el Poder Judicial.
- Desde lo jurídico prima la búsqueda de culpables, mirada punitivista.
- *“Hay un retraimiento de salud y una avanzada de lo judicial.” (EV4, p3)*
- *“Somos un lugar cómodo para el funcionamiento del sistema judicial porque la persona está en el limbo.” (EV4, p3)*

La CPO como institución:

- Diferencia de criterios entre los distintos equipos y sectores del hospital. Se evidencia en informes contradictorios.
- Falta de trabajo en las derivaciones internas.

- La obligación del equipo interdisciplinario de informar situaciones irregulares no se acompaña de acciones inmediatas de la Dirección. Ej. el abogado cumple en informar internamente una situación que cabe denunciar y la Dirección del hospital actúa con retraso en el tiempo, resultando incriminado el profesional.
- La institución no asume sostener las reuniones como metodología de trabajo. Queda en la voluntad individual de los profesionales o los equipos.
- Algunos profesionales no aceptan la horizontalidad propia del trabajo en equipo interdisciplinario. Se sostiene un modo piramidal en la organización del trabajo. Ven a enfermería como una profesión subalterna. Esto también ocurre al interior de enfermería: *“los de enfermería somos los que estamos más abajo no le puedo echar la culpa a los de arriba ... El vaso de agua se termina volcando con la última gota”* (EV 20, p 7). Hay dificultad para llegar a un acuerdo, hablar es el modo de lograrlo.
- Persiste la discusión en torno a la articulación con enfermería. Para algunas cosas se consideran parte del equipo para otras se desmarcan.
- El enfrentamiento entre los integrantes hace imposible el trabajo interdisciplinario. Posiciones autoritarias hacen que el equipo interdisciplinario pierda direccionalidad y vaya a la deriva.
- Cuando no se lo elige desde algo más que una fuente laboral se produce una suerte de burocratización de la tarea: *“Creo que hay algo de la posición política, de hecho, es una posición política la definición de trabajar con otros y colectivamente, también creo que es una definición política trabajar en el estado.”* (EV 29, p 8).
- El objetivo de externación del equipo interdisciplinario se dificulta si en el hospital no se dan las condiciones para que el usuario externado pueda llevar su vida en la comunidad.

- Se reproduce la tendencia de separar en grupos que funcionan antagónicamente: profesionales/no profesionales, mayor carga horaria/menor carga horaria, mayor salario/menor salario, apoyo/ no apoyo a las luchas que tienen como escenario el lugar de trabajo.
- Contradicciones entre el abordaje clínico y las intervenciones institucionales. Se produce el cierre de salas sin sincronidad entre los tiempos de los pacientes y los de la institución. La necesidad impuesta desde afuera de cerrar una sala sin dar tiempo al proceso afecta negativamente a los usuarios y lleva al personal al borde del colapso.
- El trabajo en equipo interdisciplinario ha tenido fluctuaciones en el monovalente. Hubo un impasse y ahora se está retomando.
- Incongruencia entre la práctica asistencial y el alojamiento concreto de los usuarios. La calidad de la práctica asistencial del equipo interdisciplinario no se acompaña de la provisión de los recursos materiales necesarios como mejora de aspectos edilicios del hospital, servicios básicos, vehículos para salidas terapéuticas.

Las condiciones laborales en CPO:

- Falta de estabilidad laboral. Los trabajadores precarizados carecen de la estabilidad necesaria para sostener este tipo de trabajo. El cambio de algún integrante obliga a retomar la generación de acuerdos: *” han pasado muchísimos equipos. En realidad, soy la única que viene quedando desde el año 2013...1,2, 3 muchas configuraciones, mucho cambio y actualmente tenemos un equipo completamente nuevo. Soy la histórica”* (EV4, p2)

- La convivencia en el monovalente con personal del servicio penitenciario: *“somos parte de salud no somos un brazo del poder judicial y mucho menos del servicio penitenciario.*
“(EV4, p3)
- Falta de reconocimiento del trabajo en territorio, pago de horas extras o viáticos: *“enfermería tenía que salir a trabajar con los usuarios afuera y siempre planteamos lo legal. Que, si el seguro nos cubre, si nos pasa algo... nos cuestionamos mucho lo legal.”* (EV 6, p14)
- No se reconoce al abogado como un integrante del equipo interdisciplinario en Salud Mental. Los abogados no están en el escalafón de profesionales y tienen un sueldo 50% menor.
- Diferencia de carga horaria de enfermería y el resto del equipo interdisciplinario: *“muy importante la comunicación y la información porque el EI no está siempre. Quizás enfermería si, está las 24 hs... los equipos vienen dos veces por semana y enfermería está las 24hs. No digamos peleas, sino que son desacuerdos* “(EV 6, p 10). En el caso de enfermería tienen una carga horaria de 40hs., en el caso de los otros profesionales 12hs. en la institución que resultan insuficientes. Enfermería cubre turnos de 8 hs. diarias en guardias y el resto de los profesionales con horarios fijos de concurrencia a la sala Esta convivencia cotidiana en la sala puede hacer creer que se lo ve todo y se tiene la razón en contraste con los otros integrantes del equipo. Hay diferencia en el funcionamiento de enfermería según el turno: en la mañana el tiempo se consume en tareas administrativas. A la tarde hay más posibilidad de un trabajo más personalizado con los pacientes.
- Mucha rotación interna del personal. Se subordina el funcionamiento del equipo interdisciplinario a las necesidades de la institución.

- La actividad gremial de los profesionales, sobre todo médicos, atrasa el trabajo cuando hay adhesión a medidas de fuerza. No están sujetos al régimen de guardias mínimas.
- No se llevaron a cabo las transformaciones posibles para preservar la fuente de trabajo.
- El número de pacientes a cargo hace a la calidad de la asistencia: en las viviendas asistidas y las salas de tránsito y modular es mucho menor el número de pacientes y se dispone de tiempo para la escucha del paciente.
- No se incluye como parte de la tarea el disponer de tiempo para espacios de reflexión. No pueden abordarse posiciones que afectan la cohesión del grupo.
- No se contemplan las condiciones en que se encuentra el trabajador, sólo se utilizan mecanismos de control: justificar correctamente una ausencia.

Las instancias de formación:

- Académicas:

Grado: en la formación de grado no se provee del conocimiento necesario en Salud Mental y mucho menos en trabajar desde la interdisciplina: *“me costó entender el trabajar en la interdisciplina”* (EV4, p3). En el currículo tradicional se sostiene la hegemonía médica que otorga gran poder a un único discurso y por otro lado sobrecarga al profesional médico dejándolo en soledad. En la Facultad de Psicología se estimula el uso de una jerga propia que obstaculiza el diálogo entre disciplinas. Contradictoriamente el Trabajo Social es visto como una disciplina subsidiaria cuando, si bien la formación es de corte generalista, está en el ADN del Trabajo Social el trabajo en equipo interdisciplinario: *“Hay una no existencia del trabajo social aislado es difícil constituir el trabajo social en una situación donde sean profesionales o no, lo que sea,*

con quiénes trabajemos pero que constituye la profesión. No conozco no trabajar en equipo interdisciplinario” (EV 3, p6).

- **Capacitación en servicio:** falta de preparación previa para que no sea sólo un puesto de trabajo sino la adscripción a un proyecto. Hay dificultad para abordar el consumo problemático. Se esgrimen argumentos que sacan del terreno de la Salud Mental al usuario con consumo problemático, se lo juzga desde el sentido común: *“una cuestión muy prejuiciosa respecto del consumo problemático...genera esa sensación de frustración todo el tiempo porque es una problemática social muy grave, la sociedad entera no sabe cómo resolverla y esto dificulta mucho el trabajo en equipo, como que hay una resistencia. El que consume...consume y se droga porque quiere, entonces lo corremos de la problemática de la Salud Mental”.* (EV 29, p 10). Algo similar ocurre con los casos de abuso sexual. Se lee como resistencia por la frustración que genera abordar esta problemática en la que nadie sabe muy bien que hacer. También sería el emergente de un límite para pensar colectivamente. Falta de espacios al interior del hospital para compartir experiencias con otros equipos o trabajadores de otros dispositivos: no se capitaliza el saber desarrollado a partir del trabajo en el monovalente. Se produce el ingreso de nuevos enfermeros que se aferran al saber de su disciplina. Hay dificultades para que asuman el compromiso de participar de las decisiones en el equipo interdisciplinario. Se mantienen al margen y en una posición crítica. Mirada recortada a veces sostenida en la buena voluntad de hacer algo y no viendo las limitaciones que el resto del equipo ve. Ej. paciente con patología orgánica grave no califica para una vivienda asistida, aunque lo desee.

- **Empíricas:** en sus inicios, enfermería era una actividad netamente empírica, se utilizaba la contención física. Hay la tarea genera contradicción. Cuesta diferenciar entre el control y el

cuidado. La diferencia de criterios con enfermería se evidencia en la resistencia a participar de los espacios de discusión y elaboración colectiva.

3) Explorar las posibilidades que se atribuyen los integrantes de los grupos denominados como equipos interdisciplinarios en un hospital monovalente de la pcia. de Santa Fe, para incidir sobre los factores descriptos como obstaculizadores del trabajo como tales.

En su mayoría se perciben activos, pueden hacer propuestas que implican operaciones al interior del equipo interdisciplinario abordando los aportes posibles desde su especificidad, la comunicación interpersonal, el modo de desarrollo de la pretarea, la tarea en sí y acciones en otros ámbitos vinculados a la tarea. Solo uno expresó no poder hacer nada.

- **Acciones al interior del equipo interdisciplinario:**

Desde su especificidad: Desde sus incumbencias que pueden aportar al equipo interdisciplinario y al trabajo con los usuarios, por ej.:

- Asesorar técnicamente a los equipos interdisciplinarios por ej. el registro de una infracción en la Historia Clínica obliga a su denuncia.
- Alertar sobre el retorno de lo custodial de la mano del ingreso de personas con orden de internación penal. Explicitar las “*contradicciones entre el discurso clínico y el discurso jurídico o el de los DDHH...entonces se producen negociaciones entre ambos discursos pudiendo escuchar, opinar, proponer*” (EV11, p6). Hay que recordar “... *que siempre el sistema jurídico ha atravesado totalmente la cuestión de Salud Mental*” (EV 4, p3).

- Compartir la formación práctica construida con la experiencia: *“abrir el conocimiento, compartirlo, compartir la formación, explicar, enseñar a buscar información, plantear alternativas que pudieran ser válidas en determinados planteos...democratizar el conocimiento”* (EV 11, p9).
- Elaborar un Proyecto para la sala.

En el vínculo con los otros integrantes del equipo interdisciplinario:

- Lograr una *“Actitud de apertura más allá de los títulos, no sacar el cuerpo a la discusión de las diferencias, no es una cuestión personal...ver de qué modo se puede articular o acercar. Sostener la supremacía de una práctica sobre otra no hace posible el abordaje en conjunto”* (EV 9, p 9).
- Trabajar la calidad de la comunicación al interior del equipo: escuchar, explicitar, aportar su sentido del humor, ser respetuosos. Volcar al resto del equipo los insumos de conversaciones “informales” con los usuarios. No ser tan estructurado. Incluir a enfermería. Modificar el modo discrecional de ejercer el poder. Facilitar que los enfermeros hablen en nombre propio. Romper con la posición de subordinación a las órdenes del médico.
- Salir de la verticalidad que propicia la jefatura cuando es necesario: *“remarcar claro que el equipo es interdisciplinario y que todos estamos en una horizontalidad”* (EV3, p9).
Tener una actitud de apertura que dé lugar a que todos hagan una lectura de la situación y aporten al armado de la estrategia de intervención. Sostener las discusiones necesarias para articular y acercar posiciones. Tener coherencia entre el decir y el hacer. Colaborar. Acompañar. Reconocer la situación de crisis de algún compañero, cubrir sus tareas. Introducir un interrogante acerca de la propia práctica, si se está o no trabajando en

equipo. Dar valor a la historia, recuperar experiencias, dar cuenta del porqué de algunos cambios.

Con respecto a la Tarea:

- Tener claridad acerca de qué es trabajar de manera interdisciplinaria. No perder el eje en las discusiones en el equipo. Definir con claridad el problema. Recordar la diferencia entre cuidado y control. Asumir la necesidad de formación. Utilizar recursos para el intercambio de información previo a la llegada a la sala. Pedir ayuda, convocar a otro cuando hay trabas que impiden avanzar: supervisar. Plantear la necesidad de reuniones dentro de la jornada laboral. Evitar que la urgencia de lo cotidiano invada estos espacios de reflexión. Desarrollar una metodología en base a interrogantes para evaluar el logro de los objetivos del equipo interdisciplinario. Comprometerse al 100%. Promover una apropiación de la tarea en Salud Mental que trascienda lo netamente económico.

- *Acciones en el marco de lo asistencial del equipo interdisciplinario:* Valorar el contacto cotidiano con el usuario como un campo de intervención que realimenta la clínica. Explotar la potencia especial de algunas disciplinas como Trabajo Social y enfermería con respecto a las otras disciplinas que integran el equipo interdisciplinario, son vistos como más próximos por los usuarios y logran una visión de la biografía de cada uno de ellos. Esta visión multidimensional habilita otro tipo de intervenciones. Asumir que en Salud Mental no funcionan las generalizaciones, no hay intervenciones válidas para todos, todo el tiempo. Plantear el trabajo de un modo que favorezca encontrar las propuestas de trabajo con los otros integrantes del equipo interdisciplinario. De acuerdo con la particularidad del caso realizar entrevistas conjuntas o acompañamientos en territorio. Fomentar el registro en la

Historia Clínica de los enfermeros. Promover actividades como las Asambleas que van al rescate de la voz de los usuarios.

- **Acciones en el territorio:** Ser el lazo entre el adentro y el afuera: *“Llevar inquietudes y traer inquietudes desde el afuera hacia el adentro ...un lazo eso lo que se quiere lograr ahora con todo esto de la nueva Salud Mental de tener lazos desde acá con el afuera que eso por ahí cuesta un poco ...que afuera no están muy acostumbrados a trabajar con Salud Mental.”* (EV 6, p 9) Ese afuera asume distintos rostros, desde el vínculo con el Poder judicial hasta tareas de prevención y promoción en la comunidad, pasando por instancias de articulación con otros efectores de Salud Mental y de diálogo con estamentos estatales con competencia en el área de la Salud Mental. Esta variedad se impregna de la especificidad disciplinar de cada uno de los entrevistados. Es así como algunos plantean hacer escuchar la voz de “todos” en el ámbito judicial. Protagonizar la disputa entre la mirada disciplinar del médico forense y los informes del equipo interdisciplinario y resistir la imposición de la lógica judicial en el ámbito de la clínica. Otros focalizan en poner en discusión los modos de abordaje del consumo problemático que se proponen en charlas, reconociendo que en el marco de la ley nacional e Salud Mental se incluye el abordaje de adicciones y acciones de prevención en la comunidad y hace falta mayor preparación. Se plantean modos de poner en valor el trabajo extrahospitalario que permite recoger datos con familiares y en Centros de Salud que son insumos para el trabajo del equipo interdisciplinario. Instalar canales de comunicación con otros equipos y compartir con otras instituciones la experiencia singular del trabajo en el monovalente. Compartir esta expertise para apuntalar las estrategias de externación. Plantear la necesidad de más personal estable, por ej. médico psiquiatra. Expresar la necesidad de sostener las reuniones, dentro de la jornada laboral, como

metodología de trabajo. Propiciar la apertura de Salas de Tránsito en efectores polivalentes. Con los temas de infraestructura e insumos peticionar por los canales habilitados. Presentaciones escritas denunciando la situación a instituciones como Defensoría del Pueblo y secretaría de DDHH.

CAPÍTULO 3:

Conclusiones: Anudamientos y bifurcaciones

“No se trata de retomar la ambición del pensamiento simple de controlar y dominar lo real. Se trata de ejercitarse en un pensamiento capaz de tratar, de dialogar, de negociar, con lo real” (Morin, 1998: 22)

En esta investigación se sintetizan las voces de los trabajadores que integran los equipos interdisciplinarios en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe en el período noviembre 2022/noviembre 2023. Lejos de arribar a una conclusión resulta más ajustado hablar de anudamientos entre estas voces y la posición asumida en esta investigación en torno a las características del objeto de estudio, el trabajo en equipo interdisciplinario en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe. Tratándose de voces humanas en un proceso recursivo va de suyo la aparición de nuevos interrogantes a los que se categoriza como bifurcaciones.

En vinculación con el objetivo general, se puede afirmar que este objeto complejo está alojado en el contexto contradictorio que implica la sanción de una Ley como la 26657 en el seno de una sociedad que en su último nivel organizativo aún no asume el compromiso de su efectivo cumplimiento. Una bifurcación que se nos presenta es si esto, que se evidencia como déficit del estado para proveer los recursos necesarios para el cumplimiento de la Ley, es la reproducción de una sociedad que aún no puede incluir lo que históricamente ha estado en los márgenes, en los términos de Goffman quizás aún no se han logrado cambiar las pautas de contacto con la locura.

Un hallazgo de este trabajo es que los integrantes de los equipos interdisciplinarios describen su práctica transitando la síntesis de categorías como monovalente/efector de Salud Mental, paciente psiquiátrico/usuario de servicio en Salud Mental como sujeto de derecho, especificidad disciplinar (soledad)/ especificidad en el equipo interdisciplinario (compañerismo,

reflexividad), autonomía del equipo interdisciplinario/condicionamientos del accionar del equipo interdisciplinario (Poder Judicial, el propio monovalente como institución). De aquí se desprenden bifurcaciones posibles como explorar la inclusión de la práctica interdisciplinaria en la formación de grado o las vías de resolución de la puja entre dos campos disciplinares como salud y justicia.

Es así como la práctica del equipo interdisciplinario en Salud Mental en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe se revela como un instituido en proceso permanente afectado por el balance entre instituyentes como los factores facilitadores y obstaculizadores de dicha forma de trabajo y la propia potencia transformadora de los integrantes de los equipos interdisciplinarios. Esta visión del equipo resulta congruente con el pensar al equipo interdisciplinario como un sistema y como tal, sujeto a las leyes generales establecidas por Ludwing von Bertalanffy para todo tipo de sistema. En resumidas cuentas, estas leyes condicionan y, al mismo tiempo, portan el germen de las fuerzas que motorizan su cambio.

La superación de estas condiciones se plasma, al decir de los trabajadores, en una oferta asistencial única que permite el abordaje de casos complejos, no replicada en otros efectores de la provincia. Clara evidencia del aserto de nombrar esta práctica como un fenómeno emergente. Saliéndose de la soledad disciplinar, los integrantes de los equipos interdisciplinarios en un ejercicio reflexivo, a veces buscado a veces no, logran un diseño caso por caso guiados por su objetivo final que es la pronta externación. La bifurcación que se vislumbra es la puesta a prueba de un diseño de intervención que tenga por objetivo la réplica de esta oferta asistencial en otros efectores de la provincia. Esta necesidad también aparece en boca de los integrantes de los equipos ya que por un lado reconocen la complejidad creciente de los problemas que abordan y, por otro, que esta carencia es limitante para su trabajo.

Con respecto a los objetivos específicos, se torna difusa la línea entre lo favorecedor y lo obstaculizador al momento de procesar las respuestas. Sobre todo, cuando los entrevistados identifican factores favorecedores del trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental. En algunos casos los enuncian a modo descriptivo de las condiciones actuales y en otros apelan a un ideal lo que habilita una lectura entre líneas en la investigación. En una misma categoría como los antecedentes históricos y legales en la nación y en la provincia de Santa Fe coexisten ambos tipos de factores. En lo que respecta al monovalente ponen en valor los acontecimientos ocurridos luego del retorno a la democracia. Algunos hacen un cruce entre lo histórico, lo biográfico y las habilidades de los profesionales que favorecen este tipo de práctica como poder comunicar, aprender, reconocer sus emociones, reflexionar y desde allí accionar. Hay una fuerte apelación a lo que debiera ser cuando abordan las condiciones laborales actuales en el monovalente, la formación académica con la que llegan y las transformaciones inevitables y necesarias que surgen en la práctica. Se presenta como bifurcación el ensayo de un método de capacitación para todo aquel aspirante a ingresar en este tipo de efector.

En nuestro segundo objetivo específico, contracara del primero, encontramos que se reproducen nominalmente muchos de los factores ya señalados, pero haciendo foco en sus aspectos negativos. En este sentido caben resaltar las cuestiones vinculadas a la incidencia de aspectos generales como la falta de políticas serias en Salud Mental que en el plano local se traducen en una implementación deficitaria de la Ley Nacional de Salud Mental y una disputa en el hospital monovalente entre el Poder judicial y el sistema de salud. Esta implementación deficitaria no solamente afecta las condiciones laborales de los integrantes del equipo en cuanto a estabilidad en el cargo sino también en el reconocimiento de tareas que no incluyen los perfiles tradicionales de los puestos de trabajo.

En el último objetivo específico tal como está expresado en el análisis de los datos en su gran mayoría se ven con posibilidades de incidir en los distintos niveles donde se manifiestan los factores obstaculizadores. Esta actitud predominante nos resuena con la fuerza que tienen los intercambios al interior de los equipos en coherencia con una dinámica sistémica donde no hay jerarquías. También encontramos coincidencias al momento de identificar los puntos que ameritan alguna intervención, esto nos orienta a pensar que a pesar de algunas dificultades señaladas se producen conversaciones de corte reflexivo que habilitan una comprensión de la propia situación que trasciende el mero hacer.

Tanto en las respuestas al objetivo general como en las de los objetivos específicos se evidencia, con algunas diferencias, que todos los entrevistados tienen un modo de concebir a la interdisciplina. Resaltamos significativo para estos anudamientos que los trabajadores sociales son los únicos que a ven a la interdisciplina “en el ADN “de su especificidad disciplinar. La bifurcación, que surge vinculada a esta característica, es profundizar en cada disciplina el anclaje y emergencia de este modo e la práctica. Integrando el aspecto general con que iniciamos este párrafo con este último aspecto se considera que se está frente a un claro ejemplo de la equifinalidad sistémica. En este modelo de pensamiento que opera con totalidades la presencia de una de sus propiedades permite afirmar el cumplimiento de las restantes. Este anudamiento reafirma la pertinencia de utilizar el Pensamiento Sistémico para generar conocimiento en torno a este fenómeno llamado “trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe”.

Como último anudamiento queda apuntar que la complejidad encontrada al momento de la lectura del campo elegido obliga a un desagregado. En esta investigación, en la categoría Pensamiento Sistémico, están implicadas la cibernética como ciencia de la pauta y la

organización, la Teoría general de los sistemas como disciplina que describe unidades complejas y el constructivismo que aborda la relación entre el sujeto cognoscente y el objeto del conocimiento. Por lo que resulta más ajustado plantear la utilización de un marco cibernético-sistémico-constructivista. Desde ese marco, en esta investigación, se asume al cuestionario como la materialización de una visión del problema que, puesta a jugar en el momento de la entrevista, está abierta a la negociación con el entrevistado. Es aquí, en el momento de la entrevista, que también se nos presenta una bifurcación a explorar, muchos entrevistados agradecieron el haber participado. En esos casos, las preguntas propuestas para la investigación se transformaron en disparadores para un ejercicio reflexivo sobre su práctica como integrante de un equipo interdisciplinario en el hospital monovalente. Aquí emerge esta pregunta: ¿Puede ser un aporte favorecedor para la réplica del trabajo en equipo interdisciplinario la administración de cuestionarios de este tipo?

En todo lo hasta ahora consignado, esta indagación se centra en la visión de los integrantes de los equipos en el hospital monovalente acerca de las características de dicho trabajo en dicho contexto y en el de la Ley Nacional de Salud Mental. Algunos factores identificados como favorecedores son actitudes y habilidades personales como asumir que este tipo de trabajo implica una “especie de militancia” o ser un buen comunicador para “construir en el tiempo juntos”. Entendemos que desentrañar estos aspectos llevarían este estudio más allá de la exploración y la descripción. Algo similar ocurre con muchos de los factores identificados como obstáculo, los hay contextuales y/o extramuros y, entre estos últimos, se incluye a otros efectores de salud. Se rescatan como aporte enriquecedor, en aras de mejorar los efectos de esta práctica, las voces de los profesionales que deben articular su trabajo con estos equipos.

Hasta aquí este uso de esta piedra de Roseta, queda en manos del lector interesado avanzar en el desciframiento del jeroglífico.

HISTORIA NATURAL DEL DISEÑO

A partir de la experiencia directa de trabajar desde 1993 en el manicomio más grande de la provincia de Santa Fe surge, difusamente, alrededor de 2010, el interés en poner por escrito esta experiencia. En una reunión plenaria de la que no se tiene precisión en la fecha, ante las dificultades planteadas por los equipos para trabajar en las salas, la entonces directora dice: no se puede trabajar en equipo por decreto.

Agrega un elemento más a esta inquietud la sanción de la ley Nacional 26657 donde se prescribe que la asistencia en Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario y se mencionan las profesiones a las que se les reconoce pertenencia y pertinencia en este campo. En Santa Fe y en CPO, desde el retorno al régimen democrático en 1984, se venían implementando transformaciones. En 1991 se sanciona la ley provincial 10772 y es, en ese marco que ingresa, como reemplazante de emergencia en el monovalente, la tesista. Lo difuso se va despejando y hace figura despejar si, la constitución multidisciplinar de los equipos en las salas trae aparejado el desarrollo del trabajo en equipo interdisciplinario.

A partir de estas inquietudes, se da inicio a una formación de posgrado (2014) cuyo marco epistemológico se siente afín con la intención de indagar, desde la perspectiva sistémica, cómo se llega al trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental en un hospital monovalente de la provincia de Santa Fe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angelino R. *El equipo terapéutico en la práctica clínica*. Recuperado en: <https://www.scribd.com/document/260138578/El-Equipo-Terapeutico-en-La-Practica-Clinica-Ricardo-Angelino>
- Avendaño F. (2020) *Animarse a la tesis*. Rosario, Santa Fe, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.
- Bateson G. (2001) *Espíritu y Naturaleza*. Única edición en castellano autorizada por el autor, Buenos Aires: Amorrortu editores S.A.
- Bateson G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohlé.
- Barrios M. (2010). *Delimitación de funciones terapéuticas y funciones asilares en la problematización de los criterios de admisión a las instituciones psiquiátricas. El caso de la Colonia de Oliveros luego de la última crisis argentina de 2001*. Tesis de Maestría en Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Bellido Mainar J R. *El equipo interdisciplinar: una oportunidad para activar sinergias*. IV Jornadas de Rehabilitación en Salud Mental: “La rehabilitación en salud mental hoy: ¿hacia donde vamos?” Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús. Serveis de Salut Mental, Martorell. 24 y 25 de Mayo de 2007. Barcelona. Recuperado en: <https://en.calameo.com/books/000958532a40c65cac533> .
- Beltramino G (1963). *Asistencia Psiquiátrica en la Provincia de Santa Fe*. En XX° Aniversario de la Colonia Psiquiátrica “Dr. Abelardo Irigoyen Freyre” . Oliveros, Provincia de Santa Fe: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Bertolote JM (2008) *Raíces del concepto de Salud Mental*. World Psychiatri, Ed Esp 6:2.

Recuperado en: <https://es.slideshare.net/titovitor/races-del-concepto-de-salud-mental>

Catahalifaud A (1998). *Recursos para la investigación sistémico constructivista*.

Recuperado en: <https://www.moebio.uchile.cl/03/frprin05.html>

Consenso de Panamá.

Recuperado en:

<http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/consenso%20de%20panama.pdf>

Declaración de Caracas. Recuperado en:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psicopreventiva/cursada/dossier/declaracion_caracas.pdf

Díaz de Kóbila E y Cappelletti A (2008). *Doce lecciones de epistemología*. 1º edición, Rosario: Laborde Editor.

Dillon C, Melamed G y González M. *Abordaje interdisciplinario en salud mental en el servicio de guardia de un hospital general*. Publicado en Artículos y reflexiones, De autor Etiquetado con: guardia de urgencias, II Época, interdisciplinar, Jornada de Intervenciones Sociales en Emergencias e Incidentes Críticos, psiquiatría enero, 2012

Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta, Buenos Aires (Argentina) Recuperado en:

<http://www.psicosocialyemergencias.com/abordaje-interdisciplinario-en-salud-mental-en-el-servicio-de-guardia-de-un-hospital-general/#>

Elkaïm M. (1989), “*Si me amas, no me ames*”. S/ref.

El equipo de salud. Recuperado en: <http://equiposalud.blogspot.com>

Etkin J. y Schvarstein L. (1989). *Identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio*. 1ª. Edición, Buenos Aires: Paidós.

Fantini N, Tolsá L y otros. *Implicancias del trabajo de Equipo Interdisciplinario en la formación de los profesionales de la salud. Relación médico-paciente en el contexto actual*. UDH Htal Nac. Prof. A. Posadas. Recuperado de: <http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/jornada/6.pdf>

Faraone S y Barcala A (2020) *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo.

Foucault M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica I*. 2da. edición, 2da. reimpresión, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

García Lopez R. *Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?* Servicios de Salud Mental de Collado Villalba (Madrid).

Recuperado de: http://www.bus.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0952002.htm

Glaser B G y Strauss A. L (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York, Aldine Publishing Company.

Goffman E. (1984). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Segunda reimpresión, Argentina: Amorrortu Editores.

Gonnet JP VI. *Acerca de la Reflexividad en las ciencias Sociales*. Encuentro interdisciplinario de Ciencias Sociales y Humanas. Facultad de Filosofía y Humanidades.

Universidad Nacional de Córdoba. S/ref.

Hernández Sampieri C (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ta. Edición, México: McGraw-Hill/Interamericana editores SA.

Ibarra R. (2021) *Aportes desde el Trabajo social a las prácticas sustitutivas a la Lógica manicomial: ¿una alternativa posible?* Tesis de Maestría en Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social, UNLP.

Krause M (1995). *La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos*. Revista Temas de Educación N° 7.

Keeney B. (1987) *Estética del cambio*. 1a. edición, Argentina: Editorial Paidós:

Lapassade G. (1980). *Socioanálisis y potencial humano*. 1° edición, Barcelona: Gedisa S.A.

Ley Nacional de Salud Mental 26657 y Ley Provincial de Salud Mental 10772. Recuperados en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/113239/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/113239/(subtema)/93802)

Madariaga C A. *Construyendo Equipos de Trabajo en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*. Iquique, noviembre de 2003. S/ref.

Mascaró Masri N. *El trabajo en equipo*. Recuperado de: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0103/0103ete.htm>

Mattioni M (2018) *El proceso de construcción de prácticas profesionales interdisciplinarias: El caso de los equipos interdisciplinarios de salud mental en la guardia de un hospital*

polivalente de CABA, Argentina. VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (ELMeCS). Innovación y creatividad en la investigación social: Navegando la compleja realidad latinoamericana: Universidad de Cuenca (Ecuador), 7 a 9 de noviembre de 2018

ISSN 2408-3976 - <http://elmecs.fahce.unlp.edu.ar>

Maturana H y Varela F (1990). *El árbol del conocimiento*. Sexta edición, Chile: Editorial Universitaria.

Minuchin S. (1979). *Familias y terapia familiar*. 2da. edición, Barcelona: Gedisa S.A.

Morin E. (2004) *La Epistemología de la Complejidad* CNRS, París Fuente: Gazeta de Antropología N° 20, 2004 Texto 20-02
http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html

Morin E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Segunda reimpresión, Barcelona: Gedisa S.A.

Motta RD (2014) *La articulación de saberes y la invención de mundos posibles- entre la enciclopedia y la inteligencia colectiva*. Material provisto en el seminario Perspectivas acerca de la Reflexividad en el Pensamiento Sistémico. CARRERA. Maestría en Pensamiento Sistémico. CEI – UNR AÑO 2014

Pakman M, (1996). *Construcciones de la experiencia humana. Volumen I*. Primera edición, Barcelona: Gedisa S.A.

Pampliega de Quiroga A (1997) *Matrices de Aprendizaje. Constitución del sujeto en el proceso de conocimiento*. 4ta. Edición, Buenos Aires, Ediciones Cinco.

Páramo Morales D, (2015). *La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica*. Pensamiento y gestión, N° 39 ISSN 1657-6276. Recuperado en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento>.

Pi Ordóñez MT, Martorell i Giner N y Delgado Navarro L. *Trabajo en equipo, trabajo en red. Un deseo ¿posible?* Comunicación Libre presentada en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYRNA) que bajo el título “La psicoterapia en nuevos contextos”, se desarrolló en Las Palmas de Gran Canaria los días 25 y 26 de octubre de 2003. Revista SEPYRNA 37-38. 2004. Recuperado en: <http://www.sepyrna.com/revista-autores/>

Primer Foro de intercambio acerca de los Obstáculos, Desafíos y Pistas en el trabajo

Interdisciplinario (2018) *Informe*. Maestría en Pensamiento Sistémico. CEI. UNR.

Retolaza A y Markez I (2008) *Aprendiendo psiquiatría comunitaria. Entrevista al Dr.Manuel Desviat* NORTE DE SALUD MENTAL n° 31 • 2008 METÁLOGOS disponible en <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/543>

Sarlé, P. (2003). *La historia Natural en la investigación cualitativa*. Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación. Año XI, N° 21. pp. 2530 (ISSN. 03277763) Material de uso exclusivo – Maestría en Psicología social. Seminario de Metodología Cualitativa. UNde Cuyo2006.Recuperado en: https://www.academia.edu/27185992/La_historia_natural_articulo_IICE_v2

Sarrot de Budini E. *Tipos de Investigación*. Ficha de cátedra. S/ref. Recuperado en:

<https://www.studocu.com/es-ar/document/pontificia-universidad-catolica-argentina/metodologia-de-la-investigacion/apuntes/ficha-tipos-de-investigacion/4235531/view>.

Serra M F (2010) *“La familia en los procesos de manicomialización-desmanicomialización. Estudio de las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros”* Tesis de Maestría en Trabajo Social, UNER.

Sousa Campos G W de (2009) *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. 1ra. edición. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Valverde C V (2021) *“Concepciones y prácticas de salud mental de los trabajadores del hospital polivalente Dr. Fermín Salaberry de la ciudad de Victoria-Entre Ríos. Un estudio acerca de las internaciones de usuarios en el marco del proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657”* Tesis de Maestría en Salud Mental, UNER

Vasilachis de Gialdino I (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Primera edición, Barcelona: Gedisa S.A.

Villarino H. *Análisis del Manual de Trabajo en Equipo para la Psiquiatría Comunitaria*. Rev. Medicina y Humanidades. Vol. I. N° 3. (Sept.-Dic.) 2009.S/ref.

von Bertalanffy L. (1981). *Teoría general de los sistemas*. 2da. reimpresión, España: Fondo de Cultura Económica.

von Foerster H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. 1ra. edición, Barcelona, España: Gedisa S.A.

Wainstein M (2009) *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Reimpresión de la 4ta. Edición, Buenos Aires: JCE Ediciones.

Watzlawick P, Beavin J y Jackson D (1985). *Teoría de la Comunicación Humana*. Cuarta Edición, Barcelona: Herder.

Winkin, Y (1987). *La nueva comunicación*. Segunda edición, Barcelona: Editorial Kairós.

ANEXOS

Nota enviada a la Dirección del hospital monovalente solicitando autorización para el trabajo de campo:

Noviembre de 2023

Sra Directora De la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

Psic. Mariana Chidichimo

Me comunico en calidad de maestrando de la Maestría en Pensamiento Sistémico CEI/UNR dirigida por el Dr. Saúl Ignacio Fuks. El título de mi tesis es “El trabajo en equipo interdisciplinario en un Hospital monovalente de la Provincia de Santa Fe como fenómeno emergente”. Motiva la presente contar con su autorización para realizar el trabajo de campo en dicha institución. La metodología para recabar datos son entrevistas semiestructuradas a integrantes de los equipos que trabajan en el sector internación de la Colonia. La participación del personal en dichas entrevistas es voluntaria, se implementará el consentimiento informado. El tiempo y lugar para realizarlas es a acordar con cada uno. Cabe agregar que, esta actividad dentro del proyecto de investigación está alcanzada por el compromiso de confidencialidad que este tipo de actividad requiere.

Agradezco su buena disposición para la realización de este tramo de mi proyecto y solicito su respuesta formal para presentar ante las autoridades correspondientes.

Saludos cordiales



Nota de autorización para la realización del trabajo de campo en el hospital monovalente:



COLONIA PSIQUIATRICA
DE OLIVEROS



Ruta 11 Km 356 - Zona Rural - Teléfono/Fax 03476 498039 / 470239
(2205) Oliveros, Santa Fe - Correo electrónico coloniaoliveros@ciudad.com.ar

Oliveros, 09 de noviembre de 2022

At. Dra. Graciela Rojas
Maestría en
Maestría en Pensamiento Sistémico
CEI – UNR
Rosario

Por la presente, nos dirigimos desde la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, con el agrado aceptar y autorizar ha realizar el trabajo de campo en nuestra institución, de la Maestría en Pensamiento Sistémico CEI/UNR dirigida por el Dr. Saúl Ignacio Fuks. De la tesis "El trabajo en equipo interdisciplinario en un Hospital monovalente de la Provincia de Santa Fe como fenómeno emergente".

Agradecemos la convocatoria para ser parte de su proyecto de investigación.-

Sin otro particular saludamos atte. -



Mariana Chidichimo
C. MARIANA CHIDICHIMO
DIRECTORA
COLONIA PSIQUIATRICA DR. L. FREYRE
OLIVEROS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo,, acepto participar en el estudio “El trabajo en equipo interdisciplinario en Salud mental en un Hospital monovalente de la Provincia de Santa Fe como fenómeno emergente”, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador/ Responsable

Lugar y Fecha: _____

CUESTIONARIO APLICADO:

- 1) ¿Cuándo ingresa a trabajar en la CPO?
- 2) ¿Qué tareas ha llevado a cabo desde su ingreso? ¿Ha formado parte de un equipo? (Relato de la historia del equipo, de su origen, de su conformación).
- 3) ¿Qué particularidades tendría el trabajo en la Colonia psiquiátrica de Oliveros respecto a otros lugares de trabajo?
- 4) ¿Encuentra diferencias entre trabajar en un hospital psiquiátrico y el trabajo en Salud Mental?
- 5) ¿Considera que ha trabajado y/o trabaja en equipo interdisciplinario en la CPO? ¿Por qué? ¿Podría relatarme algún ejemplo/caso/situación en la que consideras que se trabajó en equipo?
- 6) ¿Qué diferencia hay entre el trabajo en equipo interdisciplinario y no trabajar en equipo interdisciplinario?
- 7) ¿Qué habilidades debe tener un profesional para trabajar en un equipo interdisciplinario en Salud Mental?
- 8) ¿Qué condiciones favorecen el trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental? Históricas, sociales, gremiales, de formación.
- 9) ¿Qué puede hacer Ud. para favorecer el trabajo en equipo interdisciplinario en Salud mental?
- 10) ¿Qué condiciones dificultan el trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental? Históricas, sociales, gremiales, de formación. ¿Puede relatar algún caso/situación en el que hayan surgido dificultades para el abordaje en equipo?

11) ¿Qué puede hacer Ud. para transformar los factores que dificultan el trabajo en equipo interdisciplinario en Salud mental?

12) ¿Hay relación entre su formación profesional y su trabajo en Salud Mental en la CPO?

13) ¿Hay registro de su trabajo en equipo interdisciplinario en Salud Mental en la CPO?

14) ¿Identifica cambios, en su trabajo en la CPO, vinculados a la Ley Nacional de salud mental?

¿Se han planteado cuestiones vinculadas a la Ley Nacional al interior del equipo?