

Beneficios y dificultades en el trabajo interdisciplinario, desde la mirada de profesionales de salud mental de instituciones públicas de salud. Algunas reflexiones bioéticas

*Camila Oliva¹
Julieta Echeverría²
María Marta Mainetti³*

Resumen

El presente trabajo se propone analizar los beneficios y las dificultades del trabajo interdisciplinario, desde la mirada de profesionales de salud mental que trabajan en equipo junto a otros profesionales. Para ello, se realizó un estudio trasversal con metodología cualitativa, de carácter exploratorio, en el cual se entrevistaron 15 psicólogos/as que trabajan en instituciones públicas de salud de la ciudad de Mar del Plata, Argentina.

A partir del análisis de las entrevistas realizadas, se observa que dichos profesionales encuentran en el trabajo interdisciplinario la posibilidad de abarcar de manera integral a la salud, así como poder contar con un equipo que genera espacios de escucha y contención ante una labor que, en muchas oportunidades, está caracterizada por la urgencia y la complejidad. Asimismo, encuentran en el trabajo interdisciplinario la dificultad de comunicación que se puede generar ante diferencias en el lenguaje (entre las diferentes disciplinas), así como la diferencia de cómo se conciben ciertos conceptos dentro del campo de la salud, y la persistencia del modelo médico hegemónico en algunos aspectos de las prácticas interdisciplinarias. Se discute y reflexiona en torno a estos resultados, que permiten pensar en la importancia y la complejidad del trabajo interdisciplinario y, con ello, del valor que tiene en la formación de grado y posgrado.

Benefits and difficulties of interdisciplinary work, from the perspective of mental health professionals who work in public health institutions in the city of Mar del Plata

Abstract

This paper aims to analyze the benefits and difficulties of interdisciplinary work, from the perspective of mental health professionals who work as a team with other professionals. For this, a cross-sectional study was carried out with qualitative methodology, of an exploratory nature, in which 15

¹ Universidad Nacional de Mar del Plata. E – Mail: camilaoliva94@hotmail.com

² Universidad Nacional de Mar del Plata. E – Mail: echeverriajulietaunmdp@gmail.com

³ Universidad Nacional de Mar del Plata. E – Mail: mmmainetti@hotmail.com

psychologists who work in public health institutions in the city of Mar del Plata - Argentina were interviewed.

From the analysis of the interviews carried out, it is observed that these professionals find in interdisciplinary work the possibility of comprehensively covering health, as well as being able to count on a team that generates listening and containment spaces before a work that, in many opportunities, is characterized by urgency and complexity. Likewise, they find in interdisciplinary work the difficulty of communication that can be generated by differences in language (between the different disciplines), as well as the difference in how certain concepts are conceived within the field of health, and the persistence of the medical model hegemonic in some aspects of interdisciplinary practices. We discuss and reflect on these results, which allow us to think about the importance and complexity of interdisciplinary work and, with it, the value it has in undergraduate and postgraduate training.

Introducción

La Ley de Salud Mental y la interdisciplina

En Argentina, desde el 2010 se encuentra sancionada la Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental 26.657. Esta ley promulga en sus artículos un cambio de paradigma, desde el cual las personas con padecimiento mental son enunciadas como sujetos de derecho y desde donde se pretende asegurar el derecho a la protección de la salud mental de la población. De esta forma, se encuentra articulada con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) (Hermosilla, Cataldo y Bogetti, 2015).

Hay numerosos puntos centrales dentro de esta ley, siendo la interdisciplina uno de ellos. El artículo 8 versa: “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 áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”.

De esta manera, se pretende abordar los padecimientos mentales desde su complejidad, con una visión integral, en donde también se redistribuya el poder dentro del equipo de salud, y con la comunidad (Garzaniti y Romero 2018). Esto quiere decir que se busca reconocer a la salud mental como un proceso determinado por componentes psicológicos, biológicos, históricos, culturales y socio-económicos. En esta misma línea, ante esta ley, los profesionales con título de grado se encuentran en igualdad de condiciones para ocupar cargos de conducción, así como de gestión de los servicios y las instituciones, dándole valor a la idoneidad de los mismos para el cargo y su capacidad para integrar los

diversos conocimientos que atraviesan el campo de la salud mental.

La interdisciplina y la Bioética

La interdisciplina como tal es, entonces, uno de los principales ejes del cambio de paradigma que propone la ley, ya que es fundamental para poder pensar y alojar la complejidad de los padecimientos mentales. Asimismo, fue uno de los aspectos en donde la misma ha recibido más críticas: algunas, entorno a la dificultad de poner en práctica a la interdisciplina, más allá de resultar fácil de promover desde lo discursivo; otras refieren a la indefinición del concepto, o a que algunas incumbencias son propias del médico psiquiatra (Cataldo y Hermsilla, 2012).

No obstante, desde una perspectiva bioética basada en derechos humanos, la interdisciplina como tal se encuentra fundamentada desde la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) (ONU, 2005). Este documento contó en su elaboración con aportes desde América Latina, por lo que se logró que algunos de sus principios se vinculen también con problemáticas del territorio (Pena y Silva 2017). Esta Declaración tiene como objetivo dar un marco universal de los principios y procedimientos que puedan servir de guía en la formulación de legislaciones, políticas e instrumentos dentro del ámbito de la bioética, desde donde se oriente a la acción de individuos, grupos y comunidades, tanto en instituciones y empresas públicas como

privadas, en el respeto por la dignidad humana y en la protección de los derechos humanos. Además, busca fomentar el diálogo entre disciplinas sobre las cuestiones de bioética, así como el diálogo dentro del conjunto de la sociedad.

De esta manera, más allá de que los pilares en los que en su momento se fundamentó la Bioética hayan sido la Filosofía y la Medicina, hoy es evidente la necesidad de otros saberes disciplinares para la reflexión crítica y constructiva sobre la persona que integra un contexto cultural propio, con singularidades, con modos de vida y problemáticas, que no son solamente dilemas éticos (García Alarcón 2012). En este sentido, se hace necesaria la reflexión interdisciplinaria y la construcción de conocimientos de manera transdisciplinar, que permita contemplar y accionar en torno a la complejidad de problemáticas persistentes que impactan en el bienestar y salud integral de las personas. Como plantea Garrafa (2009), esto es importante para producir un impacto no solo en problemas emergentes por el desarrollo tecnológico sino también y, principalmente, en problemáticas históricamente persistentes en nuestro territorio (la exclusión social, la discriminación, la pobreza, la vulnerabilidad, el aborto, la identidad de género, la violencia, el racismo).

En esta línea, autores como Olga Maldonado Gómez (2001), enuncia a la Bioética como “un estudio interdisciplinario de los procesos investigativos, los avances

técnico científicos y su aplicación en el corto, mediano y largo plazo, que tiene la pretensión de valorar éticamente su impacto sobre el desarrollo y la estructura misma de la vida (humana y no humana, en general y en particular) en cuanto compromete al individuo, la comunidad, el medio ambiente, y a las generaciones futuras” (p. 230). Afirma que la complejidad de dicho estudio, difícilmente pueda ser realizado sin un diálogo ético en donde se necesita la participación de diversas disciplinas, aseverando así que el ejercicio de la interdisciplinariedad es uno de los elementos fundamentales de la bioética. Asimismo, es de destacar que los Comités de Bioética -tanto los asistenciales como los de investigación- requieren de ser conformados por profesionales de distintas disciplinas, pues la reflexión ética sobre los dilemas y las problemáticas que se suscitan en las realidades concretas precisan de un diálogo y deliberación con el aporte de distintas disciplinas.

Es así que el diálogo y el trabajo interdisciplinario son parte constitutiva del quehacer de los Comités de Bioética asistencial y de los Comités de Ética Institucionales (CEI). Los saberes que son brindados por las diferentes disciplinas frente a cuestiones éticas, van dando lugar a múltiples vías de reflexión y abordaje para los conflictos que se suscitan en el día a día de las instituciones (Rueda Castro, 2012).

El trabajo interdisciplinario, oportunidades y desafíos

Hay diversos estudios que han reflexionado sobre el trabajo interdisciplinario en las Instituciones de salud. Solitario, Garbus y Stolkiner (2007) destacan en su investigación la necesidad de implementar estrategias que se basen en abordajes interdisciplinarios en la Atención Primaria de la Salud como condición fundamental para un enfoque comunitario de la salud. En esa misma línea, Alcántara Moreno (2008) analiza en su estudio cómo un enfoque interdisciplinario es necesario para superar los límites del paradigma positivista de la ciencia clásica y para poder estudiar y comprender a la salud como una realidad compleja. En este sentido, la salud ya no es un fenómeno puramente médico, sino que conforma un tema que les atañe a todos los actores de la salud y de la sociedad.

Sin embargo, bien es cierto que trabajar interdisciplinariamente, más allá de los beneficios, conlleva ciertas dificultades. Evandro Agazzi (2002), afirma que el verdadero desafío del estudio interdisciplinar “consiste, por un lado, en tomar como punto de partida las diferentes disciplinas, respetando su especificidad de conceptos, métodos y lógicas y, por otro, en trabajar para que todo ello no resulte una ‘barrera’ para la comunicación” (p. 245)

Continúa afirmando que, entonces, la dificultad más comprometida es el esfuerzo de comprender el sentido particular de ciertos

conceptos, de habituarse a ciertos tipos de “racionalidad” particulares. Afirma que, aunque se trata de una tarea difícil, puede brindar logros muy importantes: “No sólo porque nos permite conocer más sino también porque nos lleva a conocer mejor, ya que nos volvemos capaces de captar más aspectos de cierta realidad, de explorar en profundidad su riqueza y de apreciar adecuadamente su complejidad” (p. 245)

Además, el autor hace referencia que trabajar en interdisciplina “no es 'poner en contacto' los discursos de las diferentes disciplinas, sino que se trata de alcanzar algo como un discurso común, y esto es muy difícil”. También busca correr a la misma en antítesis o en contraposición al saber disciplinar, ya que afirma que, lógicamente, no hay verdadera interdisciplinariedad sin disciplinas. Más bien, la define como “una armonización de varias especializaciones en vista de la comprensión y solución de un problema”. (p. 244)

Si bien hay estudios que se han focalizado en la exploración y caracterización del trabajo interdisciplinario de equipos profesionales, así como sus incumbencias en instituciones de salud (Losada 2006; Scheiter, et. al. 2005), hay escasa información local sobre cómo conciben actualmente al trabajo interdisciplinario los profesionales de salud mental, tanto en sus beneficios como en sus dificultades y desafíos.

A partir de lo expuesto, el objetivo del presente estudio es identificar los principales

beneficios y dificultades que los profesionales de salud mental de instituciones públicas de la ciudad de Mar del Plata encuentran en sus prácticas interdisciplinarias cotidianas, y ofrecer algunas reflexiones bioéticas que permiten pensar en la importancia y la complejidad del trabajo interdisciplinario y, con ello, del valor que tiene en la formación de grado y posgrado.

Método

Diseño: La investigación fue un estudio de tipo interpretativo con un diseño exploratorio-descriptivo, con metodología cualitativa.

Participantes: La población elegida fueron profesionales de salud mental que trabajan en diferentes instituciones de salud pública, tanto a nivel nacional como municipal, de la ciudad de Mar del Plata. El criterio de selección fue Instituciones que integren la atención pública de salud de la ciudad. Así, la muestra estuvo integrada por 15 profesionales psicólogos, seleccionados intencionalmente, que forman parte de diferentes equipos interdisciplinarios en su labor cotidiana, dentro de dichas instituciones.

Instrumentos: Se utilizó una entrevista semi-estructurada con el fin de indagar las variables de la investigación, incluyendo como información valiosa para la misma los aspectos subjetivos de la población. La entrevista buscó identificar los principales beneficios y

dificultades que encuentran los profesionales de salud mental, en el trabajo interdisciplinario.

Procedimiento: Debido a que la recolección de datos fue realizada durante el Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio -DSPO- en el contexto de pandemia, las entrevistas fueron realizadas a través de medios virtuales -videollamada, llamada telefónica-. En un primer momento se contactó a los profesionales, informándoles sobre la investigación e invitándoles a participar de la misma.

Aspectos éticos: En todos los casos, la participación fue voluntaria y se garantizó el proceso de consentimiento informado y la confidencialidad. Al acordar día y horario para la entrevista, se dedicó los primeros minutos de cada videollamada a informar nuevamente sobre la investigación, el objetivo de la misma, y asegurar la confidencialidad de los datos brindados. Luego, se realizaron las entrevistas, teniendo una duración aproximada de 20 minutos.

Procesamiento de datos: Se realizó un análisis cualitativo de las entrevistas, elaborándose categorías de análisis sobre el trabajo interdisciplinario.

Resultados y análisis

Para la elaboración de los resultados se crearon diferentes categorías de análisis a partir del objetivo de la investigación.

Dentro de los beneficios de trabajar de forma interdisciplinaria, los profesionales de salud mental afirmaron, en primer lugar, la posibilidad de abarcar a la salud desde *una mirada integral*. Es importante recordar aquí lo mencionado anteriormente en relación al concepto de salud mental que considera la Ley 26.657. Ya que, desde aquí, la interdisciplina es concebida por los profesionales entrevistados como un modo de trabajar que vehiculiza una forma de integrar los diversos componentes de la salud mental. *“Los beneficios son múltiples, es concebir al sujeto desde el primer momento de una forma integral. Que se forme, junto a otros profesionales, un conocimiento integral de la persona, eso pienso que es super enriquecedor, es fundamental para mí”* (E. 1). *“Pensar a la salud mental como algo aislado, solamente de psicólogos, es recortarla muchísimo. En la salud mental intervienen muchos aspectos, por lo cual hay muchas disciplinas que tienen algo que aportarle a ella, de ahí la importancia y el beneficio de trabajar de manera interdisciplinaria cuando trabajamos para la salud mental”* (E.14).

Estos beneficios encontrados por los profesionales en torno al trabajo interdisciplinario, tienen relación directa con el derecho a la salud, unos de los pilares de la Bioética basada en los DDHH. Cuando la salud como tal comenzó a inscribirse en la OMS como un derecho humano fundamental basado en los preceptos éticos de justicia y equidad, se

planteó la necesidad de un abordaje integral de la misma, abordaje cuyos alcances iban más allá que la curación de la enfermedad y de su abordaje biológico. Específicamente en la conferencia de la OMS dada en Alma Ata, se expuso la necesidad de transformar los sistemas de salud, fundamentado en el derecho a la misma con un eje de atención primaria que fuera integral en donde, además, no quedara circunscripta al primer nivel de atención, necesitando además de una participación social extensa como garantía de que las necesidades y los intereses de las poblaciones serían tomados con importancia (Penchaszadeh, 2018).

Otro de los puntos en donde los profesionales encuentran un beneficio en trabajar de forma interdisciplinaria, es en el apoyo y contención grupal que se genera dentro del equipo de trabajo, sobre todo cuando la complejidad o la urgencia se hace presente en el día a día. *“Creo que también ayuda el saber que no estás trabajando solo. Que los casos, sobre todo los más complejos, están siendo trabajados de manera conjunta, que podés apoyarte en tu compañero”* (E. 5). *“Es interesante como se transforma también en una herramienta para el autocuidado: una cosa es estar solo ante un caso complicado, y otra cosa es poder trabajarlo junto a otro que pueda darte otra mirada, desde otro conocimiento además”* (E. 9). *“La ‘apoyatura’ que te da trabajar de forma interdisciplinaria es muy buena: es fácil recargarse en este*

trabajo, y contar con un equipo en donde puedas apoyarte para no cargarte solo con todo, es algo sumamente positivo” (E.2).

La resolución de los casos y situaciones complejas a través del diálogo interdisciplinario es el procedimiento en el que se sostiene la Bioética.

Con respecto a las dificultades, la primera categoría construida refiere a *las diferencias del lenguaje*. Los profesionales coincidieron en lo dificultoso de construir un lenguaje en común, que pudiera ser transversal a las diferentes disciplinas: *“el lenguaje es una dificultad, a veces los médicos hablan de una manera, o quizás nosotros mismos también, y tenemos que entender que nuestros compañeros no tienen por qué saberlo, no tienen nuestra formación. Ahí surge el trabajo de hacernos entender, de entendernos entre nosotros, hoy en día conozco muchas nomenclaturas o procedimientos médicos, así como mis compañeros hablan o refieren a aspectos psicológicos que quizás antes no conocían”* (E. 6). La dificultad en este punto es relacionable con lo que Evandro Agazzi (2010) afirmaba en su documento respecto al desafío de que, la especificidad de cada disciplina no resulte en una “barrera” en la comunicación entre profesionales, a la hora de pensar el trabajo de forma interdisciplinaria.

El segundo punto, en relación con el primero, refiere a la dificultad encontrada en *“unificar” criterios sobre conceptos de salud*. El más notorio por los profesionales

entrevistados, refiere a definiciones dentro de conceptos tales como “tiempo” o “cura”: *“por ahí colegas de otras disciplinas se refieren al tiempo objetivo de cura: tantos meses para que sane un órgano o la pierna, o el tiempo de rehabilitación, y muchas veces no condice con el tiempo subjetivo de alguien que perdió una extremidad, o que tuvieron que operarlo de gravedad, o que más allá de sus recuperaciones físicas no se encuentra bien. Eso suele ser causa de debates largos en las reuniones, en donde intentamos desde nuestro lado explicar que los tiempos subjetivos no siempre van de la mano con el tiempo cronológico que necesita un órgano para sanar, e intentamos que nuestros compañeros tengan ese registro también en nuestros pacientes. También ocurre que pueden darles el alta fijándose sólo en el tiempo cronológico, cuando de nuestro lado explicitamos que la persona quizás aún no estaba lista”* (E.13). *“A veces es complicado, cuando un sujeto está 'curado' en términos médicos, cuesta que se entienda que no siempre va de la mano con la salud mental”* (E.10).

Esto último, viene de la mano con la tercera categoría construida en relación a las dificultades a la hora de trabajar de forma interdisciplinaria: *la persistencia del modelo médico hegemónico*, un modelo que privilegia el saber médico por sobre los otros saberes. Si bien en las entrevistas se explicita que poco a poco esto se va modificando, aún encuentran este modelo instaurado con mayor o menor

profundidad en las instituciones, aspecto que puede obstaculizar el trabajo interdisciplinario: *“Hay cosas todavía del modelo médico, en donde priorizan la mirada de la medicina, o hablan desde un lugar...es algo con lo que aún hay que seguir trabajando, quizás las nuevas generaciones vienen y trabajan de otra manera”* (E. 4). *“En nuestro equipo, las reuniones comienzan con la palabra del médico, y la última palabra la tiene él también, por lo que ahí se ve que la mirada médica sigue siendo la más presente, aunque luego se busque llegar a consensos durante las reuniones”* (E. 7).

En este punto, es interesante pensar que la necesidad de trabajar para la salud de forma interdisciplinaria debe ser superadora a aquella que se instala en el modelo médico hegemónico, no sólo por los beneficios ya abordados con anterioridad sino, además, en relación a las características propias de nuestro territorio. Es aquí cuando la Bioética basada en derechos humanos con *enfoque latinoamericano* tiene mucho para aportar. Desde sus inicios, la Bioética cuestionó el MMH, por ser un modelo asimétrico, clasista, biologicista, mercantilista y medicalizador, que profundiza las desigualdades. Según desde dónde se lo analice, en América Latina hay un sector de la población que puede acceder a una asistencia médica de primera calidad, mientras que en la población vulnerable y excluida de esta región, se advierte prontamente que los problemas primarios y cotidianos son en torno

a la alimentación y la subsistencia. A este sector la medicina de primer nivel no llega. De hecho, en 2004 el movimiento propiamente latinoamericano en materia de Bioética construye la “Carta de Buenos Aires”, que busca poner en agenda esta particularidad, y constituye uno de los antecedentes a la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. Es un documento político creado en y para América Latina, en donde mucho de sus principios tienen, así, relación con los problemas del territorio (Pena y Silva 2017)

Se puede pensar entonces que para abordar los problemas de salud en una población atravesada por tantas aristas que van por fuera de lo estrictamente biológico y médico, se torna fundamental contar con un abordaje interdisciplinario que las contemple y las aloje, trabajando en las problemáticas de salud a nivel social, cultural, psicológico, económico y político, además del biológico. Una forma de trabajar que va más allá del modelo médico hegemónico.

Conclusión

El objetivo del presente estudio es identificar los principales beneficios y dificultades que los profesionales de salud mental de instituciones públicas de la ciudad de Mar del Plata, encuentran en sus prácticas interdisciplinarias cotidianas.

A partir del análisis de las entrevistas realizadas, se observa que dichos profesionales encuentran en el trabajo interdisciplinario la

posibilidad de abarcar de manera integral a la salud, así como poder contar con un equipo que genera espacios de escucha y contención ante una labor que en muchas oportunidades está caracterizada por la urgencia y la complejidad. Asimismo, encuentran en el trabajo interdisciplinario la dificultad de comunicación que se puede generar ante diferencias en el lenguaje (entre las diferentes disciplinas), así como la diferencia de cómo se conciben ciertos conceptos dentro del campo de la salud, y la persistencia del modelo médico hegemónico en algunos aspectos de las prácticas interdisciplinarias.

Dentro de trabajar desde y para la salud con una mirada integral, es interesante lo que Elena Lucca (2017) menciona en su estudio cuando habla de *quiebre epistemológico disciplinar*. Es decir, cuando se afirma que la interdisciplina es una forma de conocer para la acción, un modo de buscar captar la totalidad de una situación, se debe comprender que ello implica una modificación de valores y conlleva asimismo a una nueva pauta cultural, cambiando las formas de conocer de cada una de las disciplinas intervinientes. Y esto implica un quiebre epistemológico que es necesario tener especial consideración según la autora, ya que frente a este quiebre y la pérdida de seguridad que implica, los miembros del equipo pueden y, de hecho, adoptarán diferentes formas de enfrentarlo. Y, desde allí, puede “*surgir un intento de hacerse cargo de la tarea del equipo proponiendo distintas*

soluciones y generando un acopio de poder hacia algunas de las disciplinas o, incluso, un modelo de funcionamiento sin jerarquías, fusional, que permite el control de esa tarea por parte de algún miembro o disciplina” (Lucca, 2017, p. 17-18). Y es que el conocimiento profesional establecido es en sí mismo un sistema de poder, y la interdisciplina es una forma para hallar una fisura en dicho sistema (Lucca, 2014).

En relación al quiebre epistemológico mencionado, Agazzi (2002, p. 249) también hace referencia al aspecto epistemológico cuando afirma que el pasaje a una verdadera visión interdisciplinar ocurre cuando, al interior de cada disciplina, despierta una “reflexión filosófica” que conlleva la percepción de una exigencia de unidad. Con esto quiere decir que conlleva a considerar el propio discurso disciplinar no como un discurso autónomo y cerrado, sino como “*una voz específica dentro de un concierto*”. Al respecto, el autor continúa afirmando que refiere entonces a la reflexión filosófica porque es justamente desde lo filosófico, y más precisamente lo epistemológico, desde donde se asegura la “*toma de conciencia de la parcialidad de las diferentes ópticas disciplinares con respecto al 'punto de vista de la totalidad'*”

Esto también es pertinente observarlo en relación a las principales dificultades en el trabajo interdisciplinario, que los profesionales de salud mental identifican en su labor

cotidiana. Y es que el desafío de la comunicación a la hora de superar las diferencias del lenguaje entre las disciplinas, así como unificar criterios respecto a algunos conceptos dentro de la salud, implica entonces el quiebre epistemológico que se ha referido anteriormente.

Del mismo modo, también es interesante relacionar esto con lo que los profesionales entrevistados han llamado persistencia del modelo médico hegemónico. Este concepto fue creado por Menéndez (1988), y alude a un modelo que está integrado por un conjunto de saberes y teorías propias del campo médico, que relega y subordina otras formas de saberes y de abordajes -que no provienen desde el saber médico- sobre las problemáticas que competen a la salud. Es entonces que se presenta como el modelo y el campo legítimo en la definición y atención de la misma. Es necesario agregar que al modelo se le acuñen un conjunto específico de rasgos que lo conforman como tal: biologicismo, individualismo, a-historicidad, participación pasiva y subordinada del paciente, autoritarismo, entre otros. El biologicismo, en particular, puede representar un obstáculo significativo en el trabajo interdisciplinario y en ese quiebre epistemológico disciplinar. Asimismo, puede serlo también la concepción que se tenga de la relación entre profesional de la salud y consultante, si bien no es una dificultad registrada y expresada por los/las entrevistados.

Entendiendo entonces a este modelo como un sistema de poder que ha prevalecido durante siglos, es posible pensar que el quiebre epistemológico mencionado anteriormente, implique ciertas resistencias de los profesionales de salud que conforman los equipos interdisciplinarios, y que los/las entrevistados/as visualizan como dificultades, a la hora de trabajar en equipos interdisciplinarios.

Cabe preguntarse si podemos pensar cada una de esas dificultades encontradas como desafíos en el proceso cotidiano del quehacer profesional ético en salud. Preguntar-nos en un ejercicio reflexivo de la propia práctica: en qué medida se contribuye a la reproducción del modelo médico hegemónico y en qué medida se intenta desnaturalizarlo, en cómo se trabaja en la comunicación y el diálogo para consensuar criterios y acciones en la diferencia disciplinar, en cómo construir algo en común en la diferencia de lenguajes. Las dificultades expuestas por los/las profesionales pueden representar auténticos desafíos en la práctica cotidiana en contextos concretos de atención a la salud, que sería interesante revalorizar como tales, como desafíos.

Asimismo, podría ser oportuno su consideración y entrenamiento en la formación de grado y posgrado, dado que el trabajo interdisciplinario es tanto necesario como considerado valioso por los/las profesionales, por los beneficios que produce en términos de reducir el aislamiento y favorecer un enfoque

integral -y, por ende, más complejo- de la salud y la persona en el proceso de cuidado y atención.

Frente a estos aportes y a la complejidad que implica el encuentro de distintas lógicas y lenguajes en el trabajo interdisciplinario en la atención en salud, podría pensarse en el particular valor que tienen los espacios de formación de grado y posgrado que se aboquen a promover una “reflexión filosófica” que permita sensibilizar en la comprensión de que la perspectiva de una disciplina es importante pero no es la única. Es decir, espacios de formación que estimulen la reflexión para comprender que el discurso y la lógica de la propia disciplina es “*una voz específica dentro de un concierto*”. Una formación bioética en este sentido, podría habilitar a los futuros profesionales a encontrar menos resistencias y dificultades en el trabajo interdisciplinario, o a disponer de herramientas y de un ejercicio reflexivo, para abordarlo de otra manera en pro del cuidado integral de la persona.

En este sentido, como señalan varios autores, la interdisciplina es una gran herramienta que se encuentra fundamentada tanto desde lo decretado ante leyes y declaraciones, como en investigaciones y en la práctica diaria de los profesionales de salud, que buscan trabajar con ella en su labor cotidiana. El trabajar interdisciplinariamente contribuye al diálogo, al espíritu crítico y la búsqueda de saber, traspasando los límites de cada disciplina, trascendiendo por horizontes

más ricos y complejos, favoreciendo la profundización en el análisis de los hechos y de las situaciones que se presentan (Maldonado 2001; Agazzi 2002).

Si bien se puede observar que queda camino por delante en lo que respecta a su aplicación día a día en las instituciones -camino en el que es necesario seguir generando espacios de debate, reflexión y aprendizaje-, y si bien es una herramienta que se aplica y que es preexistente a la ley 26.657, es interesante

observar cómo su anunciamiento en la misma ha generado un impacto. Impacto que provocó el comienzo de aquellos “quiebres epistemológicos” necesarios para el enriquecimiento de cada disciplina tanto dentro como fuera del campo. Y con ello, fomenta la creación de formas más enriquecedoras e integrales de hacer y pensar, por y para la salud mental y la salud en términos generales.

Referencias

- Agazzi, E. (2002). “El Desafío de la Interdisciplinariedad: dificultades y logros”, texto oral del seminario de profesores impartido en el Departamento de Filosofía de la Universidad de Navarra el 14 marzo 2002 en el marco del proyecto de investigación "Interdisciplinariedad desde la filosofía de la ciencia".
- Casasola Rivera, W. (2016) Más allá del Principalismo: Hacia una reconceptualización de la Bioética. *Revista Praxis*, (73), 67-101. <https://doi.org/10.15359/praxis.73.5>
- Lucca, E. (2014). *Interdisciplina. Práctica esencial para el abordaje social y ambiental*. Ediciones Arbres de Vie, Cospel.
- Lucca, E (2017) Estrategias y metodologías de formación de equipos interdisciplinarios para trabajar en hábitat. *Hábitat y Sociedad*. (10), 15-34 <http://dx.doi.org/10.12795/HabitatySociedad.2017.i10.02>
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- Garrafa, V. (2009). Epistemología de la Bioética, enfoque latinoamericano. *Revista colombiana de Bioética*, 4(1), 73-92.
- Garzaniti, R. & Romero, P. 2018. Atención integral de la salud: la interdisciplina como herramienta fundamental. *Anuarios Temas en Psicología*, (4), 275-294.

- Hermosilla, A; Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 4 (2), 134 – 140. <http://dx.doi.org/10.5872/psiencia.v4i2.97>
- García Alarcón R.H (2012). La bioética en perspectiva latinoamericana, su relación con los Derechos Humanos y la formación de la consciencia social de los futuros profesionales. *Revista latinoamericana de Bioética*, 23 (12), 44- 51.
- Maldonado Gómez, O. (2001). Interdisciplinariedad en Bioética. *Memorias, Ética y Bioética*, Cátedra Manuel Ancízar. Universidad Nacional de Colombia, 229-240.
- Rueda Castro, L. (2012). Interdisciplinariedad y comités de Ética. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 12 (2), 0-77.
- Losada, M. (2016). Incumbencias profesionales e Interdisciplina. Inédito. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata
- Penchaszadeh, V. (2018). Bioética y Salud Pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (7), 1-15. <https://doi.org/10.14422/rib.i07.y2018.004>
- Pena, L. & Silva, C. (2017). Perspectiva Bioética y sus aportes para el campo de la Salud Mental. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Espacio interdisciplinario*, Universidad de la República.
- Schejter, V.; Selvatici, L.; Cegatti, J.; De Raco, P. P.; Ugo, F. & Jesiotr, M. (2005). Imaginarizar el trabajo interdisciplinario *Anuario de Investigaciones*, (13), 195-200.

Leyes

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Asamblea general de las Naciones Unidas (ONU).
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005). Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
- Ley Nacional 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental” (2010). Ministerio de Justicia y de Derechos Humanos, Argentina.

Fecha Recepción: 2022 - 07- 16

Fecha Aceptación: 2023 - 02- 17