

El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental

Aspectos de
Salud Mental

Resumen

Sistematización de la transición del trabajo asistencial individual al trabajo en equipo, en la experiencia desarrollada desde el año 1996 en Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Se refiere el marco conceptual en relación con Equipo, Modelo Comunitario y Trabajo en Red. Se ubica el contexto sociocultural e institucional en el cual se inicia la experiencia. Se refiere los cambios en la organización y su desarrollo progresivo. Se describe el trabajo del equipo en el contexto grupal y comunitario y el ejercicio profesional en el equipo. Se identifica factores relacionales, institucionales y sociales que impactan en la tarea, y las respuestas desde los integrantes del equipo. Se concluye con el análisis de la pertinencia del ECSM como organización, destacando la necesidad de recoger sistemáticamente la información, de crear un marco normativo que oriente la práctica y de promover la comunicación efectiva que facilite los cambios.

Palabras clave

*Equipo comunitario
Salud mental
Sistematización
Experiencia*

Summary

Systematization is applied to the transition from the individual work to the team work within the experience developed since 1996 in the Community Mental Health Teams of the State Health Services Administration. The conceptual frame is regarded, concerning the Team, the Community-based Model, and the Network. The socio-cultural and institutional context in which the experience gets started is settled. Changes in the organization and its progressive development are stated. The team job is described in the group and community context, and the professional practice is assessed within the team. Bonding, institutional and social factors with impact on the task are identified, as well as the answers coming from the team members. Finally, the pertinence of the Community Mental Health Teams as organization is analyzed, highlighting the need of a systematic information collection, to create a normative frame to guide practice, as well as to promote effective communication to make changes easier.

Key words

*Community team
Mental health
Systematization
Experience*

Autores

Sandra Romano

Médica Psiquiatra. Prof. Agda. de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, UDELAR.

Gabriela Novoa

Lic. en Psicología. Unidad de Salud Mental, Hospital Maciel.

Miriam Gopar

Lic. en Trabajo Social. ECSM, Sayago - UDAI II.

Ana M^{ca} Cocco

Médica Psiquiatra. Coordinadora del ECSM Ciudad de la Costa.

Beatriz De León

Médica Psiquiatra Pediátrica. Unidad de Salud Mental Hospital Maciel.

César Ureta

Administrativo. Centro Diurno Sayago - ASSE.

Gustavo Frontera

Auxiliar de Enfermería. ECSM - INVE 18, Cerro.

Correspondencia:
Durazno 1458
sromano@fmed.edu.uy

Introducción

El presente trabajo presenta la experiencia realizada en Uruguay en los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)*; describe y analiza aspectos del cambio de organización de la atención en salud mental y sus implicancias en el ejercicio profesional.

Cuando se habla de ECSM se hace referencia al modelo de organización del trabajo asistencial y de gestión de recursos humanos.

La organización del trabajo en equipo se extendió a partir de la década del 70 y fue rápidamente incorporada en la estructura de servicios de salud. Su implementación está en desarrollo, coexistiendo con otras formas de organización.

En el campo específico de la salud mental, este movimiento se vincula fuertemente a las propuestas de trabajo centradas en la comunidad.

Objetivo y proceso de elaboración

Este artículo surge del interés de recuperar y aprender de las experiencias acumuladas en el trabajo de los ECSM.

El objetivo planteado fue sistematizar la transición del trabajo asistencial individual al trabajo en equipo.

La sistematización como modalidad de indagación busca reconstruir, documentar e interpretar las experiencias, favoreciendo la comprensión de los fundamentos implícitos o explícitos que sustentan las prácticas, privilegiando los saberes y el punto de vista de los participantes que las desarrollan.

En este caso se planteó como una instancia exploratoria descriptiva que pudiera aportar

al desarrollo del modelo de atención en salud mental, una perspectiva construida desde la experiencia de integrantes de los ECSM.

El proceso de realización del artículo incluyó estrategias de elaboración empleadas en los grupos de discusión**, revisión de fuentes documentales, revisión de publicaciones nacionales y extranjeras.

Para la formación del grupo se convocó a profesionales de cada una de las disciplinas integradas en los ECSM, provenientes de diferentes equipos, con al menos diez años en el área de salud mental, cuya trayectoria laboral les hubiera permitido conocer diversos dispositivos de atención.

Se realizó reuniones de discusión, producción de informes individuales, revisión colectiva de dichos informes, de los documentos y de la bibliografía seleccionada.

Las fuentes documentales consultadas incluyeron normativa nacional, documentos administrativos y técnicos de orientación empleados por los equipos, comunicación de experiencias y elaboraciones teóricas comunicadas en la bibliografía.

Se realizó búsqueda bibliográfica y los autores aportaron referencias de bibliografía que enmarcan el trabajo en su contexto cotidiano.

Se plantearon algunas preguntas iniciales: ¿Cómo cambió la práctica de cada uno desde la creación de los ECSM? ¿Qué elementos tuvieron mayor incidencia en los cambios? ¿Qué aspectos se destacan como positivos? ¿Cuáles serían las principales dificultades?

Se expondrá brevemente aspectos básicos del marco conceptual del trabajo en equipo y el contexto en el que se inicia y desarrolla la experiencia. Se describirá la evolución de los ECSM a partir de la reconstrucción realizada por el grupo de discusión y la revisión documental, destacando los componentes del trabajo que el grupo identificó como impor-

* En ese momento integrada en el Ministerio de Salud Pública (MSP).

** Técnica de búsqueda de información empleada en investigación cualitativa, que plantea el trabajo en grupo de personas seleccionadas según su vinculación con el tema a indagar, que trabajan en torno a un protocolo flexible de discusión a partir de ejes seleccionados, que se desarrolla en una dinámica de interrelación en la que los participantes se conciben como sujetos en proceso en el proceso de la investigación.

tantes. Se analizará la experiencia a partir de la bibliografía identificando dificultades, interrogantes y propuestas.

Aspectos conceptuales

El objeto de análisis de este trabajo es el ECSM, por lo cual las referencias teóricas incluyen los conceptos de: equipo, modelo comunitario y redes.

Considerar como objeto de estudio la organización social en la que se desarrolla la atención, incluye la estructura social como una dimensión del tratamiento.

“El ambiente social se suma a los recursos y a la capacidad del personal, tanto en su dimensión psicológica como en la física, a los fines del tratamiento.” (Jones 1968)

Se tomaron en cuenta especialmente las relaciones e interacciones en diferentes niveles, destacándose aspectos de la comunicación, de las formas de creación y ejercicio del poder y de la construcción de conocimientos en el contexto específico del trabajo en salud mental.

El trabajo en equipo como construcción permanente

Se comienza trabajando juntos, se forma el grupo y se construye el trabajo en equipo. La distinción entre grupo y equipo destaca la necesidad de transcurrir un proceso, un aprendizaje, que genere la capacidad del funcionamiento en común. La capacidad se construye luego de un largo camino, que permite conformar al grupo de personas en sus distintas disciplinas en un grupo de trabajo.

Bion plantea la diferencia entre grupo de trabajo y grupo de supuesto básico; en este

último, el predominio de factores emocionales dificulta el abordaje de la tarea. En el grupo de trabajo el funcionamiento a partir de factores racionales desde la relación profesional que define y toma como eje la tarea en común, permite la inclusión progresiva de lo afectivo, generando relaciones interpersonales de mayor apoyo y confianza. Este cambio en la dinámica grupal permite enfrentar los conflictos de una manera constructiva y enfocarlos hacia su resolución (Bion 1972).

El equipo es una integración organizada, adecuada a cada lugar, sostenida en una actitud de cooperación, que requiere a la vez firmeza y flexibilidad de los planteos; rompiendo con lo cotidiano de trabajar o asistir “según mi exclusivo entender o saber”, sin caer en la omisión de acción en el “trabajar con otros”.

Esta construcción es posible desde una deconstrucción* de los modelos disciplinarios, que permita trabajar e interactuar desde los supuestos que los fundamentan. Proceso que busca consolidar los aportes específicos, identificar y modificar esquemas de pensamiento y acción rígidos, no sustentables desde la evidencia, que obstaculizan la creación del equipo.

“Los desafíos de lo interdisciplinario: la articulación en pie de igualdad de distintos saberes y disciplinas, las distintas formas de entender un mismo hecho clínico y las dificultades de poderlo pensar en equipo.” (Escudero 2003)

El debate acerca de multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina alude a aspectos conceptuales y prácticos. Hay más o menos acuerdo en que la constitución de los equipos debe ser multidisciplinaria y su práctica al menos interdisciplinaria.

La definición de transdisciplina es más controversial. Algunos autores la plantean como un requisito para la práctica del equipo y la

* Término empleado por Jacques Derrida a finales de los 60, tomado y difundido por las corrientes estructuralistas. Podría definirse como “desmontar algo que se ha edificado, construido, elaborado pero no con vistas a destruirlo, sino a fin de comprobar cómo está hecho ese algo, cómo se ensamblan y se articulan sus piezas, cuáles son los estratos ocultos que lo constituyen, pero también cuáles son las fuerzas no controladas que ahí obran”. Rescatar supuestos no identificados del pensamiento o la acción: sus códigos, sus normas, sus modelos, sus valores. Edición digital de Derrida en castellano de Cristina Peretti

http://www.jacquesderrida.com.ar/comentarios/peretti_2.htm

conciben como un cuerpo conceptual común que trascienda los saberes disciplinarios y se constituya en una “metadisciplina” que oriente los objetivos y las acciones del equipo.

Ubicando al paciente como centro y protagonista de la estrategia terapéutica, y jerarquizando la práctica como proceso de construcción, podemos concebir la concreción de la transdisciplina en el resultado de las interacciones persona-equipo, y pensar la teoría como emergente e insumo de dicha práctica.

“El trabajo en equipo requiere tres dimensiones: cuidar, cuidarse y ser cuidado. A pesar de las contradicciones y dificultades, es una estrategia que permite al médico participar en las decisiones y en el desarrollo de un proyecto en común con otros... pensar, hablar, reflexionar, intercambiar y elaborar estrategias que permitan una mejor atención al paciente” (Inglott 1999).

Modelo comunitario

Múltiples factores inciden en la difusión de modelos de atención comunitarios en salud mental. Algunos de estos son:

- La constatación de que un número importante de las consultas del primer nivel de atención en salud se relaciona a situaciones de sufrimiento psíquico, vinculado a enfermedad, a trastornos psicológicos y a conflictos existenciales (Corser y Ryce 1977), (Risco Venegas 2003).
- El desarrollo de estrategias terapéuticas integrales para las personas con trastornos mentales, que requieren la concurrencia de disciplinas y espacios diversos.

- La evidencia de la exclusión como componente de la realidad de las personas con enfermedades mentales, y la perspectiva de la atención desde el paradigma de Derechos Humanos, que plantea la responsabilidad de modificar dicha situación.

El concepto de asistencia comunitaria elaborado por los integrantes de los equipos en las Jornadas realizadas en el año 2002 (Garrido 2004), plantea que la definición no se restringe a la ubicación física o geográfica, y jerarquiza que *“Implica reconocer y trabajar en función de la realidad social para producir un cambio. Promover y proponer la autogestión de la población atendida, para la satisfacción de las necesidades planteadas... realizar un fomento del trabajo en redes... incidir en los cambios en las políticas sociales”*.

El cambio en el modelo redefine los sujetos y el objeto de la intervención profesional.

Restringe y jerarquiza el área geográfica a la vez que en su carácter de comunitario multiplica los espacios de acción. Plantea trascender la asistencia y realizar acciones de prevención y promoción de salud.

Maxwell Jones plantea que la comunicación, la decisión y la cultura terapéutica son elementos centrales para reestructurar el ambiente con fines terapéuticos.

- Establecimiento de la comunicación de ida y vuelta en la mayor medida posible entre todas las personas involucradas.
- Un sistema de toma de decisiones en todos los niveles, de manera que cada uno se identifique con los objetivos comunes.
- El desarrollo de una cultura terapéutica que refleje las actitudes y las opiniones de los pacientes y del personal, subrayando la importancia de los roles y de los vínculos.

El trabajo en redes

El concepto de red es una herramienta de análisis y de práctica.

Una red social es una estructura social que se puede representar en forma de uno o varios grafos en el cual los nodos representan individuos y las aristas relaciones entre ellos. El análisis de las redes se centra en las relaciones y no en las características individuales. La estructura de las relaciones aporta información clave para conocer los procesos y llega a ser más relevante que las características de los individuos en la dilucidación de temas sociales o epidemiológicos.

“...el concepto «redes informales» posibilita acercarnos a una concepción epistemológica que concibe la realidad en términos de relaciones, de pautas que conectan... Esto implica que existen formas de relación, interacción, comunicación e intencionalidad desarrolladas en el tiempo, que dependiendo de determinadas coyunturas y momentos históricos asumen formas diferentes. Desde un punto de vista arbitrario diremos que las redes informales, también las formales, preexisten a cualquier intervención” (Dabas 1995).

Las redes trascienden las acciones concretas para las que fueron pensadas y se convierten en formas organizativas, donde fluye la información, la solidaridad, e implican estructuras de poder en sí mismas. La estrategia de la red genera una lógica alternativa a la existente. En el nivel micro, la red actúa como factor protector. A nivel macro es una estructura asociativa que puede permitir participar, fomentar relaciones democráticas y horizontales, fortalecer los vínculos interpersonales, la comunicación, la creatividad.

Las corrientes que insisten en la práctica de interacción de redes sociales, señalan la necesidad de integrar tres categorías funda-

mentales de análisis: instituyente, instituido y transversalidad.

“Lo instituyente se refiere al proceso de creación, de imaginación y de construcción; es, por tanto, un concepto esencialmente dinámico.

Lo instituido es obra de los procesos instituyentes. Es producto y resultado, forma parte del proceso histórico, alcanzar conquistas, logros, institucionalizar las innovaciones.

La categoría de transversalidad supone una comunicación máxima entre todos los niveles, todos los tiempos y todos y los sentidos... se deben aprehender e integrar las innumerables redes sociales que están operando, impulsando el devenir de los instituyentes y fortaleciendo los procesos de transversalidad” (Rebellatto 1999).

En esta dinámica el conflicto es ineludible y a la vez un elemento que evidencia la diversidad y las asimetrías existentes, favorece el análisis colectivo de las relaciones y del proceso, brinda una oportunidad de transformación, de crecimiento y maduración.

Rebellatto plantea que “*La pedagogía del poder es también una pedagogía del conflicto, porque no existe ejercicio del poder sin emergencia de los conflictos*”.

“...el poder está presente en todas partes pues es una relación social que se desarrolla en la trama de relaciones sociales más complejas.

Es adecuado hablar de una ética del poder, en la medida en que se requieren nuevas actitudes, nuevas identidades, nueva subjetividad, nuevos estilos de relación y una manera de entender el poder como servicio... ética que busque la coherencia... una ética afincada en el valor de la diversidad y de la construcción de la unidad en la diversidad, una actitud de tolerancia, entendida como encuentro... romper con el modelo dominante que identifica diversidad con fragmentación...” (Rebellatto 1999).

Contexto en el que se desarrolla la experiencia

En Uruguay los ECSM se difunden y establecen como una forma de organización de la asistencia en los servicios de salud públicos a partir de 1996 con el cierre del Hospital Musto y la creación progresiva y la distribución territorial de equipos multidisciplinarios para la atención ambulatoria. Esta reorganización implicó un avance en la instrumentación de las propuestas del Programa Nacional de Salud Mental* (MSP 1986), a nivel de ASSE.

Se mencionará aquí aspectos del contexto nacional que enmarca este proceso; el contexto internacional fue analizado en los artículos que anteceden el presente en este volumen de la revista.

Contexto sociocultural

Algunas características del momento social, histórico y político juegan un papel importante en el desarrollo de este proceso de reorganización y se vinculan a cambios culturales en la población y en las instituciones, significativos para el trabajo de los equipos.

El paradigma de la descentralización

“Básicamente, la descentralización y la centralización son dos principios organizativos que nos describen la relación –la distribución del poder– entre un centro y una periferia en cualquier institución u organización política, económica o social.” (Veneziano 2002)

La descentralización no se acota a la ubicación geográfica, incluye la toma de decisiones, la administración, la dinámica del trabajo habitual en sus diversos aspectos.

Desde fines de la década del 80 descentra-

lizar fue un principio enunciado y sentido desde diferentes sectores y niveles en el país. La jerarquía que tenía para la ciudadanía el desarrollo local y la descentralización administrativa y de recursos, quedó plasmada en la reforma constitucional de 1996 en el artículo 298.

Si bien su efectivo desarrollo está aún en proceso, el número de experiencias políticas y sociales de descentralización y fortalecimiento territorial** fue creciente.

“El espacio territorial posee un alcance estratégico importante ya que permite efectivizar logros concretos y visibles para la población. Se convierte en el lugar donde se establecen redes de poder, de organización, de información y de solidaridad.” (Rebellatto 1999)

Esta ubicación del trabajo para los ECSM proponía un desafío y una oportunidad, con potencialidad de formar parte de las redes de la comunidad, de las construcciones colectivas.

Participación de la población

Los procesos de descentralización promueven participación, instauran una democracia ciudadana en el interior de la democracia establecida. Los lugares socialmente asignados a las personas e instituciones se modifican, se recrean las formas de interacción, de concepción y de ejercicio del poder en las relaciones sociales.

“Ética, política y educación son tres dimensiones fundamentales de los procesos de construcción del poder: la educación es política y está siempre sostenida por una opción ética; la política desempeña un papel educativo, en tanto actúa sobre las conciencias, impulsando determinados valores éticos y bloqueando otros.” (Rebellatto 1999)

La participación es muy heterogénea, dependiendo de las realidades locales e institucionales. En el área de la salud la participación

* Aprobado por el MSP en 1987, elaborado por una comisión interinstitucional, formada a tales efectos, integrada por: DIGESA-MSP, Programa de Salud Mental del MSP, Direcciones de los Hospitales Psiquiátricos, y de las Colonias, Profesores de las Cátedras de Psiquiatría y Psiquiatría Infantil, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Asociación de Psiquiatras del Interior, Asociación de Psiquiatría Infantil, Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, Sindicato Médico del Uruguay, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Escuela Universitaria de Enfermería, Escuela Universitaria de Servicio Social, Escuela de Sanidad “Dr. J. Scosería”, Dpto. Central de Enfermería, Escuela Universitaria de Psicología, Facultad de Medicina.

** Por ejemplo, el proceso de descentralización desde el Gobierno Dptal. de Montevideo iniciado en 1990

de la comunidad* se da a través de agentes comunitarios, organizaciones barriales, grupos de usuarios y familiares. Las experiencias se desarrollan sobre todo desde inicios de los 90. La formación de recursos humanos en salud incorpora esta tendencia en algunas instancias docentes**.

Modificación de la relación público-privado

Desde la salida de la dictadura se da un proceso de transferencia de funciones antes “exclusivas del Estado” hacia otros ámbitos (sociedad civil organizada, organizaciones no gubernamentales, mercado), que cuestionó la delimitación anteriormente precisa entre público y privado.

“En consecuencia, las políticas o productos del sistema son substantivamente «políticas públicas» en cuanto son acciones dirigidas a intereses generales, pero no necesariamente son «políticas estatales gubernamentales»... aparece en la agenda política de esta década con fuerza creciente la noción de sociedad civil comprometida en la formulación, implementación y a veces financiamiento de la política pública, ocupando un protagonismo compartido con el Estado” (Laurina 1999).

En el área de la salud mental se evidencia progresivamente la presencia de organizaciones de la sociedad civil que asumen un rol importante en la respuesta a problemas de salud.

Contexto institucional. Inserción de los ECSM en los dispositivos asistenciales

Desde 1990 se incorporaron profesionales del área de salud mental en algunos Centros de Salud de ASSE-MSP. La atención ambula-

toria de pacientes se centraba sobre todo en las policlínicas de los hospitales especializados y generales***.

Las internaciones se realizaban fundamentalmente en los hospitales psiquiátricos. En 1989 se crea la sala de internación en el Hospital Maciel y desde 1993 se realizan internaciones en algunos hospitales del interior.

En 1995 se contaba con atención psiquiátrica ambulatoria en 11 policlínicas del área metropolitana y 16 en capitales de otros departamentos. El personal asignado a estos servicios era: 39 psiquiatras (18 en Montevideo y 21 en el interior), un psiquiatra de niños, diez psicólogos, dos asistentes sociales, tres auxiliares de enfermería y un administrativo (Nin 2004). En la mayoría de los centros el trabajo estaba organizado en torno a la consulta psiquiátrica, con coordinaciones para interconsulta según la necesidad detectada. En los servicios en que se impartía docencia en el área de salud mental se generaron instancias de trabajo en equipo con recursos de ASSE, de la Universidad de la República y pasantes honorarios****.

Creación y evolución de los ECSM

La reorganización a partir del año 1996 implicó la decisión de que los ECSM fueran una estrategia de atención jerarquizada, que se consolidó a través de la asignación y distribución de recursos humanos, la integración bajo una misma dirección técnica y las instancias de coordinación conjunta.

En Montevideo los equipos inicialmente se ubicaron con relación a los centros de salud en los barrios, en algunos hospitales y en los demás departamentos vinculados a centros departamentales y centros auxiliares de salud. En la evolución la diversificación de tareas con inclusión de la rehabilitación, implicó en algunos casos la ubicación de la tarea en locales diferentes.

* Acción y participación comunitaria en Salud. Barrenechea C, Bonino M, Celiberti A, Ciganda E, Echenique E, Echenique L. 1993.

** Formación médica en la comunidad. Elena R y otros. 1992. Programa APEX 1993.

*** Hospital Maciel, Hospital Pasteur, Hospital de Clínicas, Hospitales Departamentales de Salud Pública.

**** Por ejemplo, en la Unidad de Salud Mental Hospital Maciel con servicio ambulatorio en equipo en la recepción y seguimiento, emergencia y hospitalización psiquiátrica; Hospital Pasteur atención de emergencia, policlínica y salas con instancias de coordinación interservicios; Hospital de Clínicas, policlínica, emergencia, psicoterapia.

El proceso de formación de los ECSM se realizó progresivamente a partir de los recursos asistenciales existentes, en forma y tiempo diferentes en los diversos lugares. Las modalidades identificadas son:

- Transformación de equipos existentes.
- Formación a partir de técnicos que estaban integrados en los Centros de Salud.
- Creación de ECSM en centros en los que no existía atención específica en SM.
- Creación de dispositivos de atención nuevos*.

En el año 2002 todos los departamentos contaban con, al menos, un ECSM.

En el año 2004 había 13 equipos en Montevideo y 23 en el interior.

En el 2007 existen en total 42 ECSM**, 14 en Montevideo*** y 28 en los departamentos del interior****.

Recursos humanos

Los profesionales integrados a los equipos fueron psiquiatras y psiquiatras de niños, psicólogos, asistentes sociales, auxiliares de enfermería y administrativos. Los equipos que trabajan en rehabilitación psicosocial integran otros técnicos, psicomotricistas, docentes especializados, terapeutas ocupacionales, artesanos, artistas, etc. La atención a la población infantil requiere de otros técnicos que en algunos casos se integran a los equipos en forma honoraria o se articula con recursos asistenciales externos al ECSM.

Los asistentes sociales convocados para desempeñar funciones en los ECSM provinieron fundamentalmente de:

- Instituciones del segundo nivel de atención con experiencia en tratamiento individual y o familiar de personas con trastornos de salud mental.

– Instituciones del primer nivel de atención, mayoritariamente en el programa materno infantil, con un enfoque preventivo, educativo y promocional.

– Otras áreas no específicas de salud.

Los psiquiatras que atienden población adulta y los auxiliares de enfermería provinieron fundamentalmente del área de salud mental, reubicación a partir de los hospitales psiquiátricos y desde los centros de salud.

Los administrativos y los psicólogos fueron distribuidos desde otros sectores y hubo nuevas contrataciones.

La integración de psiquiatras de niños fue progresiva, en muchos casos en dispositivos de atención hasta ese momento exclusivos de adultos****, ubicados como tal por los técnicos que ahí desempeñan sus tareas y por la comunidad. Existía en los equipos y en la comunidad una clara necesidad de trabajo con la población infantil, pero esta inserción en muchos casos no estuvo exenta de dificultades, tanto vinculadas a la propia dinámica de los grupos como al reconocimiento de especificidad y metodologías diferentes de trabajo. En muchos casos el área infantil constituyó un equipo específico dentro del equipo general con dinámica propia y con grados de integración variables con el resto de los profesionales del equipo, especialmente en torno a la discusión de los casos clínicos y estrategias de trabajo conjuntas.

En lo evolutivo se contrataron nuevos técnicos en la medida que quedaban puestos libres o se creaban nuevos equipos.

En general no se autorizó la presencia de personal honorario, salvo en los servicios donde se realizaba tarea docente. Pese a lo cual en algunos equipos la demanda de atención mayor a la capacidad de respuesta y las tareas menos consolidadas como prestaciones asistenciales tradicionales en el área, fueron respondidas a través de colaboradores voluntarios, por períodos prolongados. Tal fue el caso de psicomotricistas, fonoaudiólogos y en muchos casos psicoterapeutas.

* En el caso de los equipos que trabajan en rehabilitación.

** Fuente: Informe de la Coordinación de Salud Mental de ASSE agosto/2007. Dr. L. Valdez, Dra. J. Piñeyro, Lic. J. Trillo.

*** En Montevideo, actualmente funcionan ECSM en Centro Enrique Caveaux (ex Filtro), Cerro (INVE 18), Piedras Blancas, Saint Bois, Santa Rita y Maroñas (un mismo equipo alterna entre dos locales), Sayago (UDAI II), Maciel, Jardines del Hipódromo, La Cruz de Carrasco, Unión, Pereira Rossell, Hospital Vilardebó; dos equipos realizan tareas específicas y no tienen consulta general el Equipo de Drogodependencia del Hospital Maciel y el Centro Diurno Sayago (rehabilitación psicosocial).

**** Funcionan equipos en Artigas, Salto, Paysandú, Río Negro, Rivera, Tacuarembó, Cerro Largo, Río Branco, Treinta y Tres, Lavalleja, Rocha, Maldonado, San Carlos, Soriano, Colonia, Carmelo, Nueva Palmira, Durazno, Flores, Florida, Casupá, San José, Canelones, Las Piedras, Santa Lucía, Ciudad de la Costa y Pando.

***** Por ejemplo, el Hospital Maciel.

Recursos humanos ECSM	Montevideo		Interior	
	2004	2007	2004	2007
Psiquiatras de adultos	48	55	59	66
Psiquiatras de niños	14	16	21	24
Psicólogos	42	55	47	58
Asistentes Sociales	15	19	30	31
Auxiliares de enfermería	29	30	85	80
Licenciada en enfermería	2	2	11	12
Administrativo	13	14	23	23
Técnico en rehabilitación		4	36	37
Auxiliar de servicio		0		8
Psicomotricista		1		1
Psicoeducadora		0	1	1
Musicoterapeuta		1	1	1
Fonoaudiólogo		0	1	1

Fuente: Nin M, Regina R, Porciúncula H. Implementación del Programa de Salud Mental en el ámbito del MSP, 2004.
Dres. Valdez L, Piñeyro J, Lic. Trillo J. Informe de la Coordinación de Salud Mental de ASSE agosto/2007.

Organización

El inicio de este proceso coincidió con una reforma administrativa a nivel central de ASSE, que incluyó la creación del Programa de Administración de Establecimientos de Crónicos y Especializados, que tenía entre sus funciones la dirección administrativa de los hospitales especializados y la dirección técnica de los ECSM, los cuales dependían administrativamente de la dirección del dispositivo asistencial en que se hallaban ubicados, hospitales o centros de salud, en su mayoría dependientes de otras direcciones, no del Programa antes mencionado. Este Programa evolucionó a la actual Dirección de Atención Especializada.

En el año 2006 se crea la Coordinación de Salud Mental que tiene la dirección técnica y administrativa del Hospital Vilardebó y la dirección técnica de los ECSM de todos los departamentos. La dirección administrativa de los ECSM sigue dependiendo de su locación.

Las funciones de los técnicos se ubicaron en exclusiva para el ámbito específico de los ECSM, lo que permitió mayor estabilidad de los integrantes y favoreció un tiempo para el conocimiento inherente a las diferentes profesiones y el desarrollo de las relaciones interpersonales de confianza imprescindibles para el trabajo.

La coordinación estuvo a cargo de uno de los integrantes del equipo, quien a su vez

participaba de instancias de coordinación generales.

Orientación a los equipos

El marco técnico del modelo de atención del que formaba parte el desarrollo de los equipos era el Programa de Salud Mental de 1986 con fuerte poder instituyente e inclusivo. El momento histórico y la forma de elaboración del Programa de Salud Mental contribuyeron a que sus propuestas fueran legítimas y sentidas como propias por la mayor parte de los trabajadores del área.

La orientación para plasmar las propuestas en la práctica fue transmitida a los equipos como lineamientos generales verbales, en algunos documentos y a través de los indicadores propuestos para evaluar el trabajo, que permitían inferir las prioridades establecidas.

En estos lineamientos dos aspectos eran centrales:

- La ubicación de la tarea en un territorio y con relación a una población de referencia.
- La organización del trabajo en equipo multidisciplinario.

Referirse a los equipos como “Comunitarios de Salud Mental” connota su especificidad y ubicación. Atención del sufrimiento de la patología mental, participación en acciones preventivas y promocionales, con relación a la población de un área geográfica determinada, en diálogo con otros actores locales, promoviendo la inserción en el territorio.

La denominación y la conformación de “Equipo” propugnan el trabajo interdisciplinario, implican estilos de comunicación y funcionamiento que tienden a mayor horizontalidad y promueven un cambio por lo menos a nivel teórico hacia un modelo de atención

bio-psico-social. En el período al cual se hace referencia el modelo asistencial se centraba en la consulta médica y las relaciones interprofesionales se vinculaban a la indicación y cumplimiento de la misma, con pocas instancias de intercambio o trabajo conjunto y con la comunidad. La propuesta requería de un cambio en la cultura profesional y en los modelos relacionales. Rebellatto plantea que existe “*una cultura autoritaria que propugna relaciones de dominación, dependencia en todos los niveles de la sociedad y penetra la vida cotidiana*”, la cual sería necesario visualizar y transformar para crear el espacio del trabajo en equipo.

La inclusión de las reuniones de equipo y las tareas fuera del lugar de asistencia en el centro, en los indicadores de actividad, promovió la ubicación de espacios alternativos a la consulta desde los cuales construir relaciones y prácticas diversas adecuadas a las necesidades identificadas por los integrantes del equipo y por la población.

La práctica de los ECSM

“En aguas bravas no llegamos si remamos en sentidos opuestos.” (Covey 1996)

El ejercicio profesional en equipo como unidad básica de atención tiene múltiples atravesamientos: el área desde la cual se aborda el objeto de intervención, la población, el nivel de atención del servicio de salud en el cual se esté inserto, circunstancias sociales e institucionales, etcétera.

El desarrollo de abordajes interdisciplinarios en parte sujeto a la voluntad, el interés y la experiencia previa de los involucrados, inmerso en circunstancias diversas, se logró con mucho esfuerzo. Existieron situaciones en las que el trabajo en equipo se constituyó solo en experiencias aisladas, en algunos casos

en períodos acotados y en otros se desarrolló progresivamente, en una construcción permanente no exenta de altibajos. En todos los casos se registró experiencias evaluadas como efectivas y gratificantes y momentos de mucha dificultad y costo colectivo y personal.

Es imprescindible construir la mirada y la práctica desde el ECSM; comunicarse en un lenguaje común, asumir el compromiso ético de aportar elementos que permitan democratizar las relaciones, interactuar “saberes y haceres”. Este proceso no se da espontáneamente, requiere de tiempos y espacios propios y de la actitud dispuesta de los integrantes del equipo. La reunión de equipo que toma como objeto el funcionamiento grupal y la tarea, favorece la consolidación como grupo de trabajo y fortalece la pertenencia. Estas instancias son insuficientes si la atención al equipo y la actitud de los profesionales no se mantienen en la práctica. Articulación de acciones de cada integrante, de cada disciplina, en el proceso de atención en forma adecuada a cada situación.

En la medida que el equipo se consolida como espacio y práctica, trasciende de las situaciones colectivas a la acción individual de los integrantes del mismo, en las circunstancias cotidianas de trabajo, en función de la necesidad y demanda de la situación.

En el contexto grupal

El espacio del equipo está más o menos desarrollado en los diferentes ECSM y varía en el tiempo. En algunos momentos es jerarquizado y efectivo y en otros se diluye en el espacio asistencial, reduciendo las instancias de trabajo en común a interconsultas puntuales acerca de una situación clínica específica.

Se identificó algunos factores que afectaron el funcionamiento grupal en distintos momentos y experiencias: relacionales, institucionales

y del contexto social. La forma en que estos factores actúan varía en el tiempo. Algunas situaciones que fueron valoradas como negativas, resultaron instancias que permitieron crecimiento en la tarea.

Factores relacionales. Conflictos interpersonales ajenos al trabajo, que cuestionan el desempeño de roles; formación de subgrupos en función de intereses o afinidades personales que confrontan o desacreditan el funcionamiento del equipo o parte de él; modelos rígidos de funcionamiento que desacreditan enfoques diferentes. Muchas veces la respuesta fue eludir o negar la existencia de conflicto; en la experiencia esta estrategia implicó mayor sufrimiento y disfunción del equipo. La promoción de instancias de comunicación y análisis de los problemas, jerarquizando la afectación del trabajo y estableciendo acuerdos de “lo posible”, resultó efectiva en varios casos.

Factores institucionales. La ubicación de los equipos en su doble dependencia jerárquica, en ciertas situaciones generó conflicto entre los lineamientos de trabajo propuestos. En algunos períodos entre los distintos niveles del sistema de atención se suscitaron expectativas o concepciones disímiles de los roles recíprocos, que redundaron en menor participación en la creación de propuestas desde los ECSM. En ocasiones los problemas de comunicación interfirieron en el desarrollo de un proyecto en común, y produjeron malestares que obstaculizaron la tarea cotidiana. La reforma de la salud, actualmente en curso, establece como una meta el fortalecimiento territorial del primer nivel de atención; esta orientación favorece la integración en las tareas de prevención y promoción que se va dando desde la práctica. Permanece como un tema controversial la asistencia específica a las personas con enfermedad mental hasta ahora realizada desde los ECSM, la distribución de los integrantes del equipo y de la carga horaria en las tareas.

Contexto social. La ubicación de los equipos en la comunidad implicó diversificación de la demanda asistencial, aumento de la población asistida en relación con circunstancias existenciales o de vulnerabilidad social, aumento de la carga asistencial y variación del tipo de consulta en relación con circunstancias coyunturales. La población afectada por trastornos mentales graves, no es la que tiene mayor posibilidad de plantear una demanda de asistencia y es una preocupación en muchos equipos generar formas que aseguren la accesibilidad y continuidad de los servicios según necesidad. Desde los equipos se ha generado distintas estrategias: recepción y clasificación de la demanda (por riesgo, por edad, situaciones clínicas o sociales, etc.), coordinación con otros efectores para la detección, seguimiento domiciliario, etcétera.

Un problema que se reiteró es la preocupación por la salud de los integrantes del equipo vinculada a circunstancias del trabajo y en algunas ocasiones a características propias que afectan el desempeño.

Hay respuestas grupales e individuales diversas frente a situaciones que implican tensión o cambio en las exigencias al equipo. Mencionaremos solo dos ejemplos.

El retorno a los espacios de trabajo individual y vaciamiento de los espacios colectivos se reiteró en varios equipos y momentos; aislamiento por opción de algunos miembros del equipo y asunción parcial de responsabilidades de grupo por un subgrupo o individuos dentro del equipo, con consecuencias negativas en el trabajo, en el grupo y en las personas.

Una estrategia que permitió en algunos momentos generar respuestas efectivas y sostener a los integrantes de los equipos, fue la creación de redes regionales de ECSM, propuesta surgida en las Jornadas de 2002, que funcionó como un espacio regular de encuentro, identificación de problemas y propuesta de soluciones.

En el contexto social

El trabajo en redes reúne integrantes de la población de referencia, organizaciones locales e instituciones que trabajan en la zona. Los ECSM participan en diversidad de redes: por afinidad temática, por la población que centra sus preocupaciones o por actividades, por ejemplo, participación en la formación de la Red de Ciudad Vieja, Intersectorial de Salud de Sayago (Gopar 2004), Red de apoyo a la familia de Ciudad de la Costa (Perdomo 2004), Mesa coordinadora del Cerro, Red institucional de la zona 8 (Techera 2004), etcétera.

Se busca unificar esfuerzos en la realización de la tarea comunitaria para:

- Conocer el trabajo que realizan las diferentes instituciones de la zona.
- La coordinación de recursos humanos y materiales, optimizar su uso y aumentar su eficacia.
- Generar proceso participativo de diagnóstico de situación y de necesidades.
- La planificación y actividades de atención, educación y promoción de salud.
- Mejorar la información y acceso al uso de los servicios.

El trabajo toma elementos de la metodología de investigación-acción participativa.

Algunas de las herramientas usadas son la elaboración de guías locales, elaboración de material de difusión, talleres y jornadas de información y sensibilización generales y a poblaciones específicas (docentes, jóvenes, etc.), en torno a temas surgidos de la comunidad y de los integrantes de la red. Algunos temas se reiteran en los diferentes departamentos y barrios: violencia, uso problemático de drogas, discapacidad y exclusión.

El trabajo en redes fue y es una estrategia empleada por todos los equipos, en mayor o

menor nivel de desarrollo y con participación heterogénea de sus integrantes. Sin obstar lo anterior, los desencuentros entre la comunidad y los ECSM son frecuentes y múltiples. Los modelos tradicionales de relación técnico-paciente, la expectativa asistencialista, la descontextualización, interfieren en la participación de la población en la identificación de necesidades y en la creación de respuestas adecuadas.

La participación en redes fue una fuente de conflicto por la existencia de directivas contrapuestas con relación a la interacción en la comunidad y en la articulación con otros servicios e instituciones. En el curso de la actual administración esta situación se modificó al coincidir los lineamientos que sustentan las prácticas desde los centros y los ECSM.

El ejercicio profesional en equipo

En esta forma de organización se multiplican los actores y los espacios, las formas de relación varían en los diversos ámbitos de interacción. La población es protagonista de una forma mucho más visible y legitimada. El ejercicio del rol profesional en este proceso conlleva redefiniciones y construcción de nuevas funciones y formas de actuar.

Qué, quién, cómo y dónde son preguntas que se reiteran en los tonos más variados.

Los modelos de trabajo que provienen de la formación curricular, en la mayor parte de las profesiones de la salud mental no consideran contextos diferentes de atención.

Al inicio se dio el traslado del modelo de trabajo proveniente del consultorio o el hospital al nuevo contexto; en la evolución las pautas de trabajo se fueron definiendo a medida que transcurría el tiempo y se ganaba en experiencia.

Desde las autoridades se promovió instancias de capacitación puntuales específicas para

técnicos de los equipos y desde 2006 convenios con instituciones para acceso a formación con aranceles reducidos. La inquietud y responsabilidad personal favorecieron la transformación de las prácticas a través de:

- Intercambio con otros técnicos en un sistema de supervisión horizontal, con colegas o profesionales de otras disciplinas.
- Consultas fuera del servicio.
- Interacción con servicios docentes a partir de la tarea en común en aquellos lugares en que se integran estudiantes de diferentes niveles.
- Espacios de las redes.

Las diferentes disciplinas aportan miradas o énfasis propios e identifican aspectos diversos de la realidad.

El trabajo desde el área social plantea la presencia de la comunidad y los elementos socioculturales que inciden en el proceso de salud-enfermedad.

La incorporación de la atención a la población infantil enfatizó la contextualización de la situación de consulta y el eje de la tarea de prevención desde los ámbitos habituales de crecimiento y convivencia, planteando la necesidad de trabajar desde y en espacios e instituciones no tradicionales para el personal de salud.

En este contexto el rol de los auxiliares de enfermería es más autónomo, pues participan en acciones que en otros ámbitos están restringidas a otros profesionales, como trabajos grupales, seguimientos domiciliarios, entrevistas de recepción. En el seno del equipo tienden a cumplir un rol de conectar a través de lo cotidiano.

La inclusión de administrativos en todos los equipos jerarquizó y viabilizó cuidar aspectos organizativos y de registro, que pueden actuar como herramientas de comunicación y planificación.

El rol de los psicólogos en los equipos no sigue un único perfil. La consulta psicológica es la práctica más frecuente, coexistiendo con un amplio espectro de funciones, apoyo psicoterapéutico, actividades comunitarias, integrada a programas específicos en los centros (adolescencia, violencia doméstica, drogas, etc.). Influyen en la definición de la actividad el equipo, la zona y la formación u orientación del técnico.

Desde la perspectiva de los psiquiatras de adultos la asistencia centra la tarea, y en los hechos insume la mayor parte de su tiempo. Tanto en el caso de adultos como en el de niños es la profesión en la que recae la mayor carga asistencial. Esta distribución de la tarea se apoya tanto en la especificidad asistencial de los equipos, como en la formación médica y en los lineamientos que emergen de documentos e indicadores. Por otra parte, la demanda asistencial supera en la mayoría de los casos la capacidad de respuesta de los equipos, limitando la participación en otras instancias o ámbitos.

Cabe preguntarse: ¿Ha habido un crecimiento profesional desde la integración de los equipos comunitarios de salud mental? ¿Qué aspectos destacarían cada uno de su experiencia? Las opiniones resaltan diferentes aspectos:

Desde la participación disciplinaria

Con el paso del tiempo podemos concluir que el aporte más interesante se centró en contribuir a una visión global y estructural de las situaciones, la integralidad e interdependencia de los problemas y de las posibles soluciones.

Con relación a cómo relacionarse en el trabajo

La necesidad de tener claro el rol y la función de cada uno en cada instancia del proceso de salud y enfermedad. De poder

integrar un modelo de trabajo comunitario sin importar el nivel de asistencia en que estemos integrados. Trabajo en red con un enfoque sistémico y de proceso, donde un nivel sostiene al otro, cuidando lo actuado hasta el momento, evaluándolo, mejorándolo pero no obviándolo, sino siempre con el objetivo de dar continuidad y legitimar la práctica de cada cual, confiando en que todos sabemos lo que hacemos. Comprometiéndonos con el paciente sin omnipotencia, integrando no solo su historia personal sino la asistencial y respetando ambas.

Destacando aspectos subjetivos

Tenemos que “disponer” de valentía y humildad para crecer y aprender constantemente, y poder así generar lo transdisciplinario, conocer el lugar, sus necesidades, sus posibilidades; ello se puede dificultar si en el equipo hay expectativas disímiles. Los “perfiles” y los “frentes” deben ser adecuados para cada grupo; si no, existe la posibilidad de que tengamos que hacer esfuerzos exagerados para obtener o acercarnos a los fines planteados.

La formación curricular actual de los profesionales de SM no los prepara para el trabajo institucional y en equipo, ni les aporta suficientes herramientas metodológicas para el trabajo con un modelo comunitario.

El marco normativo y la práctica habitual no cubren la realidad de la tarea desempeñada en esta forma de organización. Temas como la responsabilidad legal, la confidencialidad, el registro y manejo de la historia clínica plantean dificultades y confrontación de opiniones. Pero en los hechos permanecen como asuntos pendientes que no pueden resolverse exclusivamente desde los equipos.

Comentarios finales

Sobre los ECSM como dispositivos asistenciales

¿Tienen que existir Equipos Comunitarios de Salud Mental como estructuras específicas en un sistema de atención? ¿Por qué? ¿Dónde?

A lo largo del trabajo se ha expuesto fundamentos éticos, de política de salud mental y algunos aspectos organizacionales y de la experiencia que plantean la estrategia de los equipos como adecuada.

La revisión Cochrane de artículos, publicados hasta marzo de 2006, que comparan el resultado del tratamiento de personas con trastornos mentales graves y trastornos de la personalidad en equipos comunitarios y similar población en ámbitos tradicionales de atención, muestra que los resultados en muchos aspectos importantes son similares. Pero la atención en ECSM promueve mejor aceptación del tratamiento, reduce la admisión hospitalaria y la muerte por suicidio (Malone 1997).

Otro aspecto que resaltan algunos estudios es el rol que cumple el equipo en el sostén de los profesionales. De estos resultados podemos deducir que aunque las relaciones de equipo pueden ser una fuente de malestar para el médico, el equipo se puede considerar un factor protector frente a las tensiones derivadas de la práctica clínica. Se constató que la satisfacción laboral se correlaciona directamente con la organización, el buen funcionamiento del Centro, el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales con los compañeros y jefes (Gómez Esteban 2004).

La ubicación y relación en el sistema de atención es un debate en curso.

¿Es imprescindible la existencia de lineamientos generales para el trabajo de los ECSM?

¿Es necesario que los ECSM tengan un marco conceptual común? ¿En qué aspectos?

¿Con qué nivel de profundidad?

Acuerdos prácticos y teóricos que organicen el trabajo seguramente redunden en un mejor resultado con menor desgaste. Acordamos con el planteo de Inglott de que *“la reflexión histórica y exigencia epistemológica; en ningún caso como guías para estar todos de acuerdo”* aportan a la creación de un buen equipo que apoye su quehacer en proyectos muy rigurosos de desinstitucionalización con apoyo en la investigación interdisciplinaria y profundización en los fundamentos de la práctica interdisciplinaria (Inglott 1999).

Responsabilidades legales, perfiles profesionales

Es de suma importancia la existencia de un marco regulatorio que legitime la práctica clínica de cada especialidad y permita definir niveles de participación, responsabilidad, integración de cada uno de los profesionales en el proceso de atención de los pacientes.

Algunas profesiones aún no cuentan con especializaciones que los formen como “facultativos especialistas”. La especialización se determina en la práctica, ¿cuál es el reconocimiento de las competencias y funciones del personal especializado por parte de la legislación? Esto nos enfrenta a un delicado tema que es el de la responsabilidad legal sobre los tratamientos. ¿Se deberá enfocar como una corresponsabilidad compartida dentro del trabajo del Equipo Clínico? ¿Cómo?

Acerca de las personas con trastornos mentales

La diversificación de espacios, de población y de demanda asistencial es la constante en los cambios de modelo hacia la comunidad, con las dificultades ya mencionadas para identificar y responder a las necesidades de

las personas afectadas por trastornos mentales severos.

Es una responsabilidad del área de salud mental asegurar el acceso y la continuidad de una atención adecuada a esta población. Es creciente la evidencia sobre la necesidad, pertinencia y eficacia de establecer estrategias específicas desde los equipos, con procedimientos de captación y seguimiento pautados, con combinación de recursos múltiples. (Agius et al. 2007, Alonso Suárez 2004, Caldas de Almeida 2005).

Información y comunicación

En el interés de capitalizar la experiencia y mejorar la práctica se destaca el desarrollo de sistemas de recolección de datos y de información, con fines de estudios epidemiológicos y como herramienta de gestión de diseño de dispositivos asistenciales, por niveles y territorios. La participación activa desde los ECSM puede mejorar la calidad y continuidad de los registros. La creación de observatorios que describen la estructura del sistema y su evolución, el desarrollo y los resultados de las políticas públicas es un recurso empleado en muchos países, incluida nuestra región.

Por último, se señala los problemas de comunicación como fuente de dificultades para el planteo, desarrollo y ejecución de propuestas, tanto en la comunicación cotidiana en torno a situaciones clínicas específicas, como en el planteo de las líneas de trabajo generales. La ausencia de una estrategia específica de comunicación entre los diversos actores que permita la construcción de un lenguaje común, la connotación de sentidos diversos a un mismo texto, la contraposición de mensajes verbales y no verbales son algunas dificultades frecuentes. Estos problemas no siempre se identifican pero sí son evidentes los desencuentros, la falta de entendimiento o las reacciones emocionales que provocan.

“La resistencia a una propuesta... constituye una señal... que algo anda mal con la propuesta, o de que se ha incurrido en errores en su presentación” (Covey 1996).

De la misma manera que el equipo requiere su tiempo específico, pensamos que la articulación de dispositivos y niveles de intervención también puede requerirlo. Una posibilidad sería propiciar instancias de encuentro entre los diferentes grupos de trabajo y niveles de intervención del área (Hospital, Colonias, ECSM) con el objetivo de mejorar la eficacia de funcionamiento y de resultados. Reconocer las prácticas en los distintos contextos. Escuchando, comprendiendo, validando si es pertinente, para que sean efectivas las propuestas de cambio. Identificando las fuentes de resistencia y trabajando juntos para superarlas.

Notas bibliográficas

Agius M, Shah S, Ramkisson R, Murphy S, Zaman R. Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team. Preliminary results. *Psychiatr Danub* 2007;19(1-2):10-9.

Alonso Suárez M^a, Bravo Ortiz M^a, Fernández Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2004; XXIV: 25-52.

Bion WR. Experiencias en grupos. Paidós; 1972.

Caldas de Almeida JM, Torres González F. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. OPS; 2005.

Corser CM, Ryce SW. Community mental health care: a model based on the primary care team. Br Med J 1977; 2:936-8.

Covey S. Manejo del cambio y desarrollo organizacional. En: Los tres papeles que desempeña el líder en el nuevo paradigma. Madrid: Editorial Dusto; 1996, pp. 177-178.

Dabas E. De la desestructuración de lo macro a la estructuración de lo micro: las redes sociales en la reconstrucción de la sociedad civil en Redes. El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós; 1995, pp. 436-455.

Escudero C, Ibáñez ML, Pascual P, Penedo C, De la Viña P. Las competencias legales de los psicólogos clínicos. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2003; XXII (85):153-168.

Garrido G, Romano S. Primeras Jornadas de los Equipos Comunitarios del Programa de Salud Mental. En: Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento. Montevideo: Gega; 2004, pp. 27-34.

Gómez Esteban R. El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2004; 90:41-56.

Gopar M, Sánchez M. Red de Sayago y zonas adyacentes: una experiencia de construcción de ciudadanía. En: Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento. Montevideo: Gega; 2004, pp. 117-120.

Inglott R. La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1999; XIX:209-223.

Jones M. Más allá de la comunidad terapéutica. Aprendizaje social y Psiquiatría social. Buenos Aires: Ediciones Genitor; 1968, pp. 17-52.

Kordon D, Edelman L, Lagos D. Operatividad de las tareas psicoasistenciales grupales en situaciones de emergencia social. En: Temas grupales por autores argentinos. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1988, 118 pp.

Laurnaga ME. Interacción Estado-sociedad civil en el sistema de políticas públicas de infancia. Editado por Instituto de Comunicación y Desarrollo. Montevideo; 1999, pp. 5-12. Versión on line: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/laurnaga.pdf>

Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane Database of Systematic Reviews 1997 Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270. pub2(4).

Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional de Salud Mental. Programa Nacional de Salud Mental. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 1986.

Nin M, Regina R, Porciúncula H. Implementación y desarrollo del Programa de Salud Mental en el ámbito del MSP. En: Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento. Montevideo: Gega; 2004, pp. 11-22.

Perdomo A, Larrañaga R, Pereira I, Sander M, Corbo D, Fabre M et al. ECSM La Costa de Oro. Transformando una maraña de hilos. En: Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento. Montevideo: Gega; 2004, pp. 121-124.

Rebellatto JL, Ubilla P. Democracia, ciudadanía y poder. Montevideo: Nordan Comunidad; 1999, pp. 163-168.

Risco Venegas MP. Estudio de la calidad de información de los partes de interconsulta utilizados en las derivaciones de Atención Primaria a una Unidad de Salud Mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2003; XXIII (85):125-135.

Techera Y, Debellis J. ECSM La Cruz de Carrasco. Participación en redes del ECSM del Centro de Salud de La Cruz de Carrasco. En: Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento. Montevideo: Gega; 2004, pp. 125-128.

Veneziano A. La descentralización centralizada y el desarrollo local en Uruguay: algunos elementos conceptuales para su discusión. En: Descentralización, desarrollo regional y desafíos legislativos. Salto: Unidad de Estudios Regionales. Facultad de Ciencias Sociales. UDELAR; 2002, pp. 21-38.