

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

SECRETARÍA DE SALUD

DIRECTOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL:
Dr. Alberto De Micheli

DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DIRECTOR:
Lic. Gabriel Listovsky

COORDINADORA RESIDENCIA DE PSICOPEDAGOGÍA:
Lic. Silvia Dubkin

JEFE DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL:
Dr. Jorge Blidner

COORDINADORA EQUIPO DE PSICOPEDAGOGÍA:
Lic. Marta Caballero

INSTRUCTORA DE RESIDENTES:
Lic. Analía Kutz

interdisciplina....

¿trabajo de inserción?

Lic. Ochnio, Luciana

Lic. Wolff, Ianina

AÑO 2006

Agradecemos...

A todas aquellas personas quienes, cada una a su manera, han colaborado en la realización de este trabajo.

A nuestras compañeras de equipo por la contención y el aliento. Gracias por seguir de cerca cada paso de este proceso.

A nuestra Instructora y a nuestra Coordinadora, gracias por asesorarnos y acompañarnos en la confección de éste; Nuestro trabajo de Inserción.

A todos los profesionales quienes cordialmente compartieron sus experiencias y saberes con nosotras. Agradecemos su predisposición y el tiempo brindado.

A todos y a cada uno...

Gracias!!!

INDICE

Agradecimientos	2
Introducción	4
Presentación de la Unidad	7
Enfoque Metodológico	13
Marco Teórico	16
Articulación entre conceptos e información recolectada	23
Psicopedagogía e Interdisciplina	38
Conclusión	44
Bibliografía	48
Anexo	50

INTRODUCCIÓN

Para realizar nuestro Trabajo de Inserción hemos decidido abordar la temática de Interdisciplina dentro de la Unidad de Salud Mental del Hospital al cual pertenecemos, a saber, Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

Desde el primer día que ingresamos como residentes, nos vimos insertas en diversos equipos de trabajo. Algunas de las actividades son compartidas sólo con el equipo de Psicopedagogía, otras con los profesionales de la Unidad de Salud Mental, otras con disciplinas no pertenecientes al servicio como ser Pediatría; lo cual lleva a un constante intercambio entre las distintas disciplinas.

Nuestro interés acerca de la Interdisciplina sobrevino naturalmente, emergió dentro del contexto que configura nuestro escenario laboral. A los pocos días de habernos incorporado al Equipo de Psicopedagogía y de haber comenzado a conocer tanto la estructura como los servicios que presta nuestra Unidad, la temática se nos presentó, al modo de un palpito, en su carácter de necesidad, debido, entre otras cosas, a la variedad de Disciplinas y profesionales que dan cuerpo a la Unidad.

Asimismo, al tomar contacto con la historia de la Institución, sus orígenes, comienzo y avatares, a través del trabajo realizado por nuestras compañeras el año anterior; creemos que la cuestión Interdisciplinaria es un sesgo, una impronta semejante a una marca de nacimiento presente y vigente en “El Niños” que no puede ser dejada de lado. Esta es una temática presente y vigente desde aquél momento en que el Dr. Escardó¹ incorporó profesionales no médicos en la atención de niños. Profesionales que también tenemos lugar en una concepción de salud global, pensando un sujeto biopsicosocial, un sujeto integral no asimilable a la suma o yuxtaposición de la complejidad de dimensiones que lo constituyen. Esto resultó ser una controversia por su innovación. El Dr. Escardó fue el pionero de esta nueva concepción.

Específicamente, haremos un recorte dentro de la Unidad, circunscribiendo nuestro estudio al Area Clínico - Asistencial. Más precisamente, a las franjas etarias 0 a 5 años y 6 a 9, donde nos encontramos insertas.

Si bien la Residencia en Psicopedagogía lleva apenas un año de vida en nuestro hospital la cantidad de temáticas relevantes y pertinentes para el Equipo que hay por indagar es muy grande; pensamos que la Interdisciplina constituiría una enriquecedora modalidad de trabajo de cualquier Equipo de Salud, incluido el Equipo de Psicopedagogía en el que nos insertamos.

¹ " De la historia a la memoria: Un encuentro con el pasado y el presente para proyectar el futuro"; Lic. Ana Guarino y Lic. Ma. Celeste Ros Giordano; Trabajo de Inserción , Agosto 2005.

Como profesionales creemos que la interrogación respecto a la propia intervención y modalidad de trabajo, implica una pregunta crucial en la reflexión sobre nuestra práctica. Preguntarnos sobre el modelo de trabajo es, en tanto espacio de reflexión, constructivo y enriquecedor de la mirada interdisciplinaria. Desde aquí intentaremos desplegar resonancias y abrir interrogantes en, y con, los profesionales con quienes compartiremos nuestra vida hospitalaria.

Es nuestra intención contribuir con este trabajo al proceso de construcción del Equipo de Psicopedagogía dentro de la Unidad, brindando herramientas acerca de las concepciones que tienen las diversas disciplinas respecto a Psicopedagogía, y al lugar que esta ocupa dentro de la Unidad.

Por último, también consideramos que la indagación sobre esta temática nos ayudará a definir una posición respecto de nuestro ejercicio y rol profesional, en tanto, profesionales en formación.

Los objetivos que nos guiarán en este trabajo serán los siguientes:

Objetivos Generales

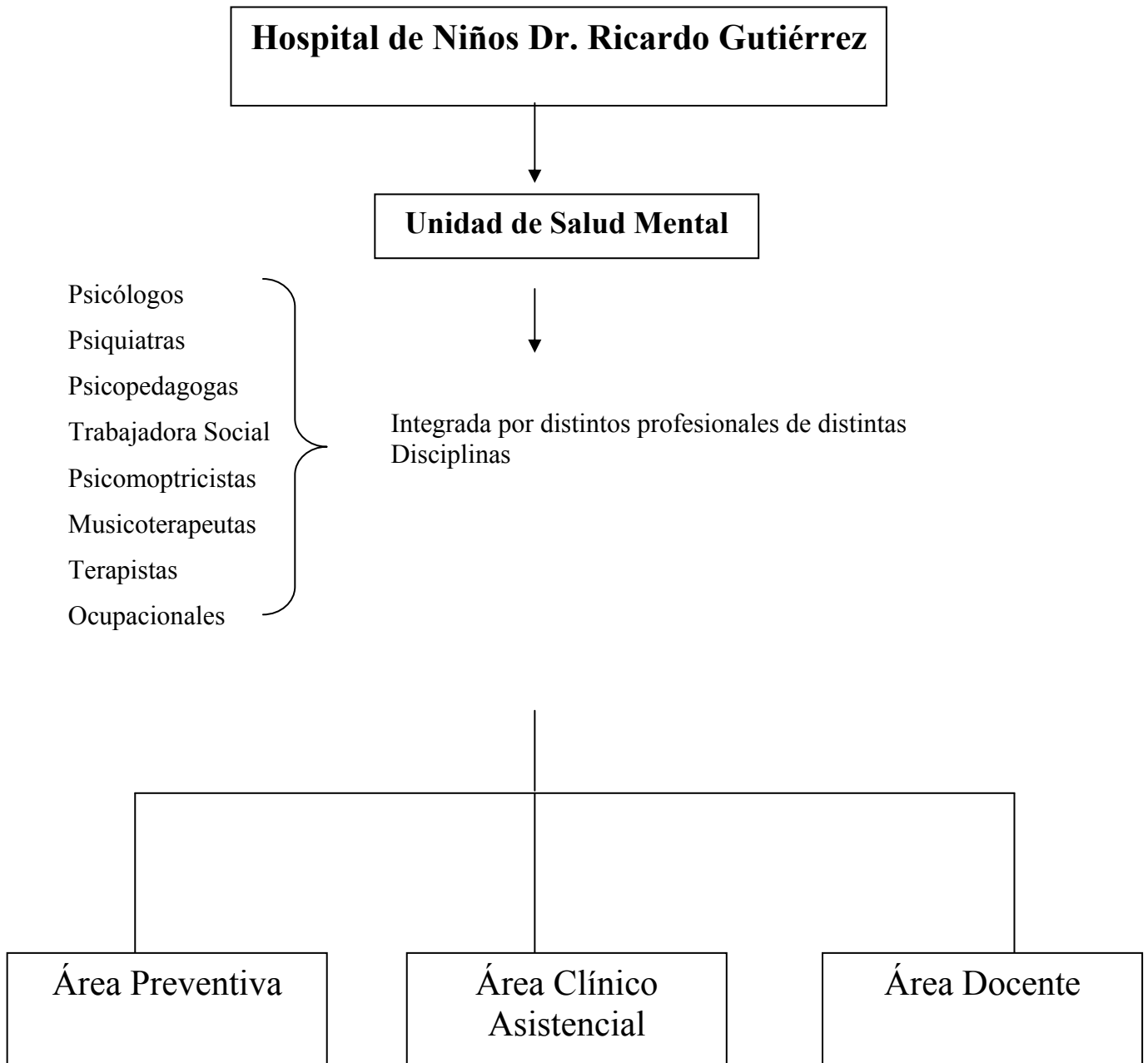
- ◆ Caracterizar la Unidad de Salud Mental y sus particularidades.
- ◆ Describir la modalidad de trabajo en los consultorios externos, a saber: Área de 0 a 5 años y Área de 6 a 9.

Objetivos Específicos

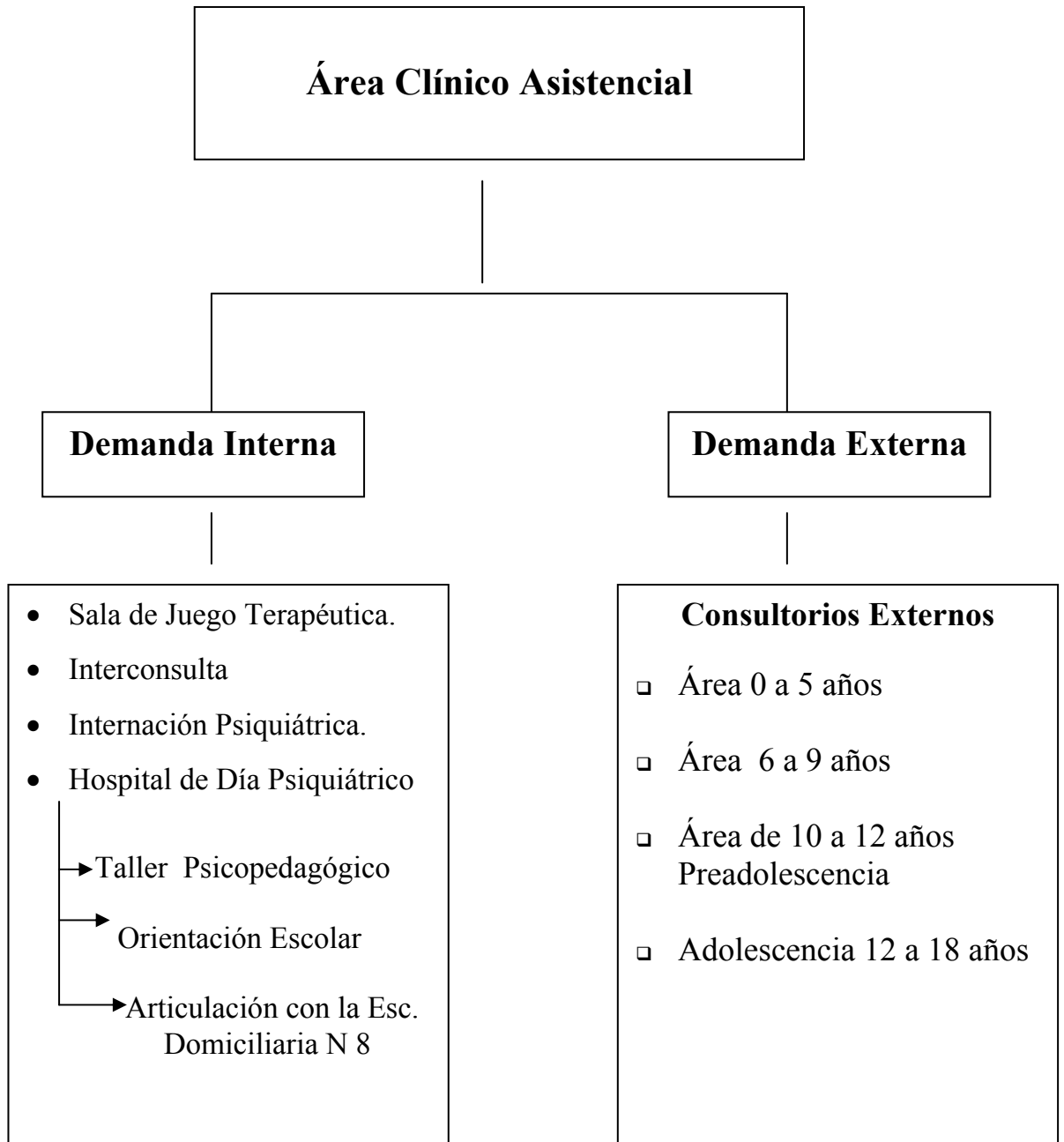
- Conocer la modalidad de trabajo y prácticas que se vislumbran en las áreas 0 a 5 y 6 a 9, en relación a la interdisciplina.
- Indagar las representaciones de los profesionales del Equipo de Psicopedagogía y de las otras disciplinas, respecto a la Interdisciplina.
- Conocer las relaciones que se establecen entre el equipo de Psicopedagogía y las otras disciplinas pertenecientes a las áreas 0 a 5 y 6 a 9.
- Determinar los facilitadores y obstaculizadores de la práctica interdisciplinaria..
- Identificar las ventajas y las desventajas de la práctica interdisciplinaria.

PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD

Organigrama General de la Unidad de Salud Mental



Organigrama General de Área



La Unidad de Salud Mental

La Unidad de Salud Mental está formada por Psicólogos, Psiquiatras, Psicopedagogas, Trabajadora Social, Psicomotricistas, Musicoterapeutas y Terapistas Ocupacionales. De estos profesionales, algunos son personal de planta, otros son residentes y concurrentes; también encontramos cursistas y pasantes. Las tareas que se realizan se vinculan con la vertiente clínico asistencial. Por su parte, Psicopedagogía también realiza actividades vinculadas con la modalidad preventiva. Los profesionales también cuentan con espacios de formación y docencia como son Ateneos, Supervisiones y Cursos.

A su vez, la Unidad está organizada en franjas etarias; Cada una de ellas cuenta con profesionales de las disciplinas anteriormente mencionadas, y sus respectivos coordinadores. A saber:

- 0 a 5 años. Coordinadora: Lic Graciela Cerruti (Psicóloga de planta)
- 6 a 9 años. Coordinadora: Lic. Mariel Franceschi (Psicóloga de planta)
- Preadolescencia: 10 a 12 años. Lic Cristina Gay (Psicóloga de planta)
- Adolescencia: 12 a 18 años. Jefa del Servicio: Dra. M. Hiebra; Coordinadora Clínica: Dra Diana Pasqualini y Coordinadora de Salud Mental: Lic. Susana Toporossi.

En este trabajo nos abocaremos, dentro de los consultorios externos (que responden a la demanda externa), a las dos primeras áreas.

Prestaciones que ofrecen las áreas que tomaremos para el presente trabajo:

0 a 5:

- Admisión: A cargo de Psicología (Coordinadora de área) y Trabajadora Social (Lic. Ravizzoli).
- Diagnósticos: Realizados en Psicología, Psiquiatría, Psicopedagogía, Musicoterapia y Psicomotricidad.
- Tratamientos Individuales: Psicología, Psiquiatría, Psicopedagogía y Musicoterapia.
- Casos Judiciales: A cargo de los profesionales de Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social pertenecientes al Staff de Hospital.
- Orientación escolar: Psicopedagogía.
- Taller para niños con dificultades en el proceso de constitución de su corporalidad:

Psicomotricidad.

- Taller para Padres de niños que se encuentran en el taller anteriormente mencionado: Psicomotricidad.
- Dispositivo para Pacientes Graves: Coordinado por Psiquiatría.
 - Taller para Padres: Coordinado por Psicología
 - Taller de Juego: Conjuntamente coordinado por Psicopedagogía y Psicología.
 - Taller de Arte: Coordinado por un especialista en Arte
 - Taller de Psicomotricidad.
 - Tratamientos en Duplas: Musicoterapia.

6 a 9:

- Admisión: A cargo de Psicología (Coordinadora de área). Cada semana se incluye un profesional de Psicología, Psiquiatría, Psicopedagogía o Musicoterapia.
- Diagnósticos: Realizados en Psicología, Psiquiatría, Psicopedagogía, Musicoterapia.
- Tratamientos Individuales: Psicología, Psiquiatría, Psicopedagogía y Musicoterapia.
- Tratamientos en Duplas: Musicoterapia.
- Orientación escolar: Psicopedagogía.
- Tratamiento Psicopedagógico grupal: Para niños de 8 y 9 años con dificultades de Aprendizaje. Grupo para padres en paralelo. Actividad coordinada por Psicopedagogía.

Caracterización de la población que consulta:

La mayoría de los pacientes provienen del Gran Buenos Aires, en especial de la zona oeste. En segundo lugar, las consultas provienen de Capital Federal. En Psicopedagogía nos encontramos con un alto porcentaje de niños, cuyas familias han inmigrado de países limítrofes, como Bolivia y Perú.

En general, los niños con quienes trabajamos, poseen familias numerosas, tienen necesidades básicas insatisfechas (N.B.I), sufren carencias sociales y económicas. Si bien la mayoría de la población es de clase baja y media baja, existe un porcentaje menor de clase media que concurre al Servicio.

Cómo ingresan los pacientes a las respectivas Áreas y a Psicopedagogía:

Si bien las áreas, pertenecientes al Servicio de Salud Mental, que recortamos para nuestro estudio trabajan como áreas de Consultorios Externos, todos los pacientes que llegan a dichas áreas deben hacerlo a través de una derivación interna. De esta manera, tanto los pacientes que se presentan espontáneamente como aquellos que son derivados por las escuelas u otras instituciones, deben ser derivados al Servicio desde Orientación Médica. En gran parte, los pacientes llegan derivados por otros profesionales del Hospital, en su mayoría las derivaciones provienen de Pediatría Consultorios Externos y Niño Sano, Fonoaudiología, Genética y Neurología.

Cada área cuenta con un día y horario determinados para la realización de las admisiones. Los motivos de consulta manifiestos más frecuentes, de mayor a menor presencia, serían:

Área 0 a 5: Trastornos del Lenguaje, Trastornos de Conducta, Violencia y Abuso, y Trastornos Reactivos.

Área 6 a 9: Trastornos de Conducta, Problemas de Aprendizaje, Violencia y Abuso. Luego de las entrevistas de admisión, son derivados a Psicopedagogía aquellos pacientes que requieran intervención de esta índole.

Por encontrarnos en un Hospital General, a diferencia de las Áreas Programáticas, no tenemos ciertos Distritos Escolares destinados; por lo tanto no trabajamos sólo con algunos EOE en particular, si no que con todos aquellos Equipos pertenecientes a las escuelas a las cuales asisten los pacientes.

ENFOQUE METODOLÓGICO

Para indagar sobre la temática planteada, realizaremos un estudio de carácter exploratorio ya que nos proponemos rastrear las representaciones respecto de la Interdisciplina que poseen distintos profesionales de la Unidad. También nos proponemos caracterizar la modalidad de trabajo en Consultorios Externos, específicamente en las áreas de 0 a 5 y 6 a 9, dentro de la Unidad.

En caso de encontrar que la práctica interdisciplinaria forma parte del modelo de trabajo dentro de estas áreas que componen la Unidad, se iniciará una segunda fase de estudio de carácter descriptivo. En dicho momento, nos propondremos como siguiente paso, analizar cómo es y cómo se concretiza el trabajo interdisciplinario. El alcance descriptivo estará dado por la caracterización del trabajo interdisciplinario en el estado actual. Aquí, nuestro objetivo será poder indagar sobre los obstáculos, ventajas e intervenciones que configuran la práctica cotidiana.

Para la recolección de datos utilizaremos la técnica de cuestionario, en su modalidad de entrevista no estructurada, a informantes claves. Para la administración de dicha herramienta se utilizará como guía una serie de Ejes referentes a la información que se desea sondear, a saber:

- ❖ Representaciones sobre la interdisciplina.
- ❖ Desventajas y obstáculos.
- ❖ Ventajas y facilitadores.
- ❖ Modalidad de trabajo en las áreas determinadas.
- ❖ Actividades Interdisciplinarias.

Al interpelarnos por la Interdisciplina en nuestro ámbito de inserción, se nos presentan los siguientes interrogantes, a modo de hipótesis, que guían el presente trabajo:

- ◆ ¿Interdisciplina se requiere sólo para casos complejos?
- ◆ ¿Existen profesiones más propensas a esta modalidad que otras?
- ◆ ¿Los recién recibidos están más dispuestos a esta modalidad que los graduados hace muchos años?
- ◆ ¿La Interdisciplina tiene que ver con la personalidad del profesional?
- ◆ En la práctica ¿se reduce la Interdisciplina a la Interconsulta?

Trataremos de encontrar algunas respuestas a estos interrogantes a través del análisis de las entrevistas.

Los actores entrevistados fueron seleccionados como fuente de información, en función de distintas variables como: especialidad, área de inserción, antigüedad en la Institución, cargo. De acuerdo a estos criterios hemos realizado entrevistas a:

- Dr. Jorge Blidner. Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio.
- Lic. Graciela Cerruti. Psicóloga de Planta. Coordinadora Gral. Área 0 a 5.
- Trabajadora Social de Planta. Graciela Ravizzoli. Área 0 a 5.
- Dra. Patricia García y Dra. Inés Alfierir Médicas Psiquiatras de Planta. Coordinadoras del Dispositivo para Pacientes Graves. Área 0 a 5.
- Lic. Mariel Franceschi. Psicóloga de Planta. Coordinadora Gral. Área 6 a 9.
- Lic. Marta Caballero. Psicopedagoga de Planta. Coordinadora Gral. Equipo de Psicopedagogía Área Adolescencia.
- Psicomotricista Débora Schojed-Ortiz. Coordinadora Escuela Clínica de Psicomotricidad Área 0 a 5 .
- Lic. Analía Kutz. Psicopedagoga. Instructora de Residentes Psicopedagogía
- Dra. Aldana Hosni. Médica Psiquiatra. Jefa de Residentes Psiquiatría.
- Lic. Mariana Raimondi. Psicóloga. Jefa de Residentes Psicología.
- Musicoterapeuta Luciana Licastro. Jefa de Concurrentes.
- Dra. Sheila Saidon. Médica Psiquiatra. Residente de 4to año.
- Lic. Ma. Celeste Ros Giordano. Psicopedagoga. Residente 2do. Año.
- Lic. Carolina Barrionuevo. Psicóloga. Residente 2do. Año.
- Lic. Aurelia Veraocampo. Psicopedagoga. Finalizó su Concurrencia en 2006.

Posteriormente a la realización y transcripción de las entrevistas, se abrió una instancia de devolución del material desgrabado. Esto se realizó con el propósito de permitir a los entrevistados una revisión de lo compartido durante el encuentro, y realizar las eventuales modificaciones.

MARCO TEÓRICO

Para hablar acerca de Interdisciplina es menester ubicar, en primer lugar, el término Disciplina; tomaremos, en principio, aquella acepción del término ligada al discurso de un área de conocimiento.

La **Disciplina** puede ser entendida como “área cognitiva, que implica poner un orden, organizar un discurso en relación a aquel que ha sido delimitado como su objeto; recortar un campo de incumbencia y construir posibles herramientas para su abordaje”. (Najmanovich)

Las concepciones positivistas de la Ciencia Moderna, dividieron y organizaron el conocimiento en compartimentos estancos. Conocimiento en tanto re-flejo de lo pre-determinado. De este modo, cada disciplina delimita un campo de conocimientos sistematizados mediante una lógica específica. Tiene un objeto de estudio, marcos conceptuales, métodos y procedimientos específicos. Divide y especializa el conocimiento y el campo de trabajo. Tiende a la autonomía, por la delimitación de fronteras, el lenguaje, las técnicas que elabora o utiliza y las teorías propias. Las disciplinas circunscriben dominios de competencia sin los cuales el conocimiento sería imposible de aprehender. En este escenario, lo Disciplinar se enlaza con las máximas diferencias no articuladas, con las exclusiones recíprocas. Saber disciplinar como un saber acabado; Disciplina como un todo sin falta. Primer momento necesario en la constitución de cada especialidad para la configuración de su propia identidad² que, sin embargo, con-lleva el riesgo de la hiperespecialización. Fundadas en un Paradigma lineal y simplista, con su piedra angular en la razón; las disciplinas de la Ciencia Moderna se ocupaban, cada una, sólo de su objeto.

En un segundo momento, posterior a la constitución disciplinar, siguiendo el pensamiento de Elichiry, N (1987) puede ubicarse el Enfoque **Multidisciplinar**; Que parte del descubrimiento de la existencia del otro. Reconoce las diferencias, en cuanto conforma un nivel respecto del encuentro entre disciplinas. El Enfoque Multidisciplinar se caracteriza por la yuxtaposición de áreas de conocimiento, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin propiciar relaciones, intercambios, ni transformaciones entre ellas (Elichiry). Por su parte, Esses y Pelisch (1994) califican este tipo de respuesta como ilusoria, debido a que la supresión de diferencias entre disciplinas, genera un "rellanamiento de sus faltas en un estado de fusión". Con la lógica de la

² "Cuadernos del niño" Cap. Reflexiones acerca de la Interdisciplina. Esses y Pelisch. Ed Polemos. Bs As 1994.

yuxtaposición, la posibilidad de intercambio se ve obturada, en tanto se opera como una gran integridad.

Siguiendo con estos mismo autores, se reconoce (además de la lógica de yuxtaposición) un segundo tipo de respuesta posible dentro del Modelo Multidisciplinar. Respuesta que se vincula con la ubicación real de los saberes puestos en inter-relación. Si bien hay un reconocimiento de las diferencias y se admiten las carencias de cada uno de los saberes, se presenta la imposibilidad de concebir un lugar distinto para cada uno. De este modo, se produce un llamado al otro como complemento de la propia falta. Se juegan luchas de poder entre las especialidades. Rige la lógica del uno o el otro, donde un saber queda subordinado, es incluido, como parte de otro saber.

Tanto el enfoque Disciplinar como el Multidisciplinar, se tornan obstáculos cuando se erigen en fundamento de lo real, cerrando las apuertas al diálogo y al intercambio; Es decir, cuando sólo mantienen el totalitarismo monológico (Najmanovich). La hiperespecialización y el espíritu hiperdisciplinar abren paso al aislamiento entre especialidades; Favorecen así, la formación de “guetos” teóricos que conducen a un pensamiento dogmático. Ambas, en tanto verdades absolutas, dividen radicalmente las esferas del sujeto y el objeto; Condición fundante de un modelo de conocimiento como pura abstracción. En tanto verdad absoluta, ven el intercambio como peligroso. Lo Disciplinar como lo Multidisciplinar poseen una mirada de la realidad como unívoca y estable. Al partir de un objeto determinado previamente y al conservar las fronteras disciplinarias, obtienen una visión fragmentada de los acontecimientos, y así se aíslan sin poder responder a la demanda social.

El tercer momento, el que nos convoca en este trabajo: La **Interdisciplina**, surge ante la demanda social, como respuesta a los problemas cada vez más complejos y no de las disciplinas dadas. En el Diccionario Enciclopédico Larousse (1992) encontramos definida la Interdisciplina como relación entre varias ciencias o disciplinas A partir de aquí, nos preguntamos, ¿Es cualquier relación? Acaso ¿La Multidisciplina y Transdisciplina, no son también formas de relación? Y... ¿Por qué entonces se llaman distinto?

Tiempos del shopping, abunda el consumo, el delivery, la vida light, lo free, las comidas rápidas, se premia la velocidad, tiempos del zapping...

Tiempos de parar, pensar, reflexionar quién soy, qué vengo hacer, qué puedo dar, qué me falta...

Tiempo de búsqueda. Búsqueda de lo que no tengo, búsqueda de lo que desconozco. Si no lo sé, convoco a quien lo sepa, que me explique, que también quiera saber...

Que juntos nos lancemos al recorrido, y que en el andar nos encontremos con nuevos.

Este camino de constante búsqueda es el que nos forma y en el que nos formamos, camino en el que hacemos y nos hacemos. Recorrido en el que nos preguntamos, re preguntamos, armamos y re armamos, pero siempre teniendo una actitud reflexiva. Se trata de re- visar lo que tal vez dábamos por terminado. Y de revisarlo juntos. "Hace falta abrir la posibilidad de un conocimiento a la vez más rico y menos cierto"³. Esta afirmación puede generarnos dudas, desconcierto, inseguridad. Es una buena señal. Es una forma de dis-ponernos, de salirnos de 'lo puesto' para explorar otros mundos. E Morin nos dice: "... errores, ignorancias, cegueras, peligros, tienen un carácter común que resultan de un modo mutilante de organización del conocimiento, incapaz de reconocer y de aprehender la complejidad de lo real". Un modo mutilante, un modo que fragmenta, que o pone, que divide, que aísla. Nuevos resultados exigen modos nuevos. "La estrategia surge trabajando con y contra lo incierto, lo aleatorio, tomando en cuenta el juego múltiple de las interacciones y las retracciones...todas las incertidumbres deben confrontarse, corregirse, las unas a las otras, inter-dialogar..."

³ "Introducción al pensamiento complejo". Edgar Morin. Gedisa Editorial. Enero de 2003

En la Contemporaneidad asistimos y vivimos una temporalidad agitada y múltiple, el cambio emerge como el signo de los tiempos. Pareciera que todo aquello consolidado hace años se desvaneciera. En momentos de crisis, la estabilidad estalla. La Disciplina se ve cuestionada. El Paradigma Moderno ha colapsado.

El sujeto también se encuentra cuestionado en su lugar, forma de vida y producción; Junto con sus modelos y teorías. Empieza a tomar conciencia de que los cambios teóricos están indisolublemente ligados a los cambios en los modos de vida, a las prácticas profesionales, a los estilos institucionales (y viceversa).

Lejos del Paraíso de las ideas claras y taxativamente discriminadas, lejos ya, de la verdad innegable, el hombre de hoy se encuentra entrelazado en la complejidad. Se ha producido un corrimiento desde el Paradigma de la Simplicidad hacia la entrada en el mundo de la Complejidad, mundo multiforme y mutante, en oposición a un mundo ilusorio de objetividad y razón. En el acontecer histórico social contemporáneo, las ciencias que han hecho del sujeto su campo de acción, se ven conmovidas por el reconocimiento de la subjetividad que nos afecta. La velocidad y complejidad de los tiempos modernos barren con el ideal de hombre que hemos heredado junto con la promesa de Progreso Indefinido.

Desde las perspectivas que dan lugar a la Complejidad, el sujeto no es ya pensado como átomo social, mero individuo, sujeto cartesiano dividido entre su psiquis y su intelecto. Ahora, es concebido como una organización emergente, una unidad heterogénea y abierta al intercambio, que sólo adviene como tal, en la trama relacional de su sociedad. Esta es la particular forma que adopta la metáfora de redes fluyentes en el campo del pensamiento sobre el sujeto y la subjetividad (Najmanovich). El sujeto moderno es un devenir en las interacciones. Desde esta mirada, pensar la subjetividad es una tarea inmensa que excede la competencia de un solo grupo disciplinario. Por el contrario, pensar la subjetividad, es una permanente búsqueda. Búsqueda en la que todos somos exploradores y explorados, sujetos y objetos, medios y fines. Desde esta óptica, el diálogo interdisciplinario no es una herramienta más sino, un desafío imprescindible.

"Complejidad, interacciones, sistemas abiertos son aspectos que nos llevan a pensar en la necesidad de un trabajo en red.⁴" El trabajo en red es una estrategia

⁴ "Redes en Salud" Dabas, E y Perrone, N. 1999

vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y entre personas. La red implica una modalidad organizativa y de gestión.

Denise Najmanovich sostiene "...La interdisciplina es diálogo entre diferentes, manteniendo y disfrutando el poder creativo de la diferencia, enriqueciéndonos con ella..."⁵ Implica enriquecimiento en el intercambio, para ello, ante todo, se debe reconocer el agujero, la falta estructural de la propia disciplina. Implica articulación de igualdades y diferencias; La pérdida de lo uno para la puesta en marcha del no todo. Zona de intersección como espacio de inter - cambio y encuentro de las faltas (Esses y Pelisch). Tiene que ver con la habilidad para conversar y para ello, debemos partir del re-conocimiento de otros saberes. Suponer un solo saber, no llevaría a que avance el conocimiento. No es lengua en común, ni tampoco cambalache. La interdisciplina no une, si no que re -une, allí no hay más que aceptar la incertidumbre, aprender a circular en la diversidad, dando lugar a que aparezcan nuevos espacios cognitivos. "Inter" como nexo, lo cual requiere unidad y diversidad, tendiendo a la pluralidad sin caer en la unificación, fusión. "Lo fundamental es mantener la identidad y especificidad disciplinaria; Sólo entonces se podrá establecer enlaces y relaciones" (Elichiry). A diferencia de la Multidisciplina, que genera saberes parciales, la Interdisciplina genera transformaciones, novedades.

La articulación disciplinaria se basa en los vínculos interdisciplinarios, es decir que los encuentros entre diversas especialidades no se realizan en abstracto, sino a través de los miembros del equipo de trabajo que aportan prácticas convergentes (Elichiry). Este *Equipo de Trabajo* debe contar con actitudes cooperativas en el grupo. Las relaciones entre disciplinas no deben ser casuales, sino provocadas con *Intencionalidad* sin ser fortuitas. Debe haber *Flexibilidad*, apertura en cuanto a búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas, etc. sin actitudes dogmáticas, con reconocimiento de divergencias y disponibilidad para el diálogo. La *Cooperación* no debe ser ocasional, si no recurrente, con continuidad para lograr cohesión del equipo. La *Reciprocidad* está dada por la interacción entre las disciplinas. Esta lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados.

Para finalizar, no podemos pasar por alto, que en el discurso científico también circula el concepto de **Transdisciplina**. Con respecto a él, existen diferentes posiciones entre las que se ubican y resuenan las siguientes: Aquella que incorpora lo

Transdisciplinario como instancia superadora de la Interdisciplina, es decir, una etapa en el desarrollo del conocimiento que borraría las barreras disciplinarias para lograr un saber mega - explicativo. Por otro lado se ubica lo Transdisciplinario, como momento, producto puntual de lo Interdisciplinario. Sería una construcción continua, no un estado.

Habiendo hecho este pequeño rastreo de los puntos de encuentro entre disciplinas y,

⁵ “Interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico” Cap. Tramas: Perspectiva Psicoanalítica Vincular – Revista Perspectiva Psicoanalítica vincular. Denise Najmanovich

ARTICULACIÓN ENTRE
CONCEPTOS Y LA INFORMACIÓN
RECOLECTADA

Retomando los ejes que indagamos, se puede observar acerca de:

❖ **Representaciones sobre la interdisciplina.**

Los entrevistados mostraban aceptación y decían adherir al modelo de trabajo interdisciplinario. Con respecto al por qué de su implementación, coinciden en sostener que, la Interdisciplina se impone como respuesta ante los casos de complejidad creciente que plantea la situación social actual. A la vez, creen que el trabajar con pacientes infantiles hace necesario un abordaje integral; Al decir de una entrevistada "...Personalmente creo que con las patologías graves en la infancia, como Trastornos Generalizados del Desarrollo, no pueden abordarse sin un pensamiento interdisciplinar; no se puede ser sectario..."

En su mayoría los profesionales destacaron como primer requisito de la modalidad interdisciplinaria reconocer la falta de la propia disciplina. Y a partir de allí poder conformar un grupo, articular diferencias y trabajar en equipo. Este abordaje integral requiere entonces, de una adecuada interpelación entre las diferentes miradas disciplinares. El trabajo en equipo contribuye a implementar diversas herramientas de diagnóstico y tratamiento a fin de definir cada paciente en un modelo único. En el artículo "Recorrido de la Interdisciplina en la Historia de un Servicio de Adolescencia" se plasma la concepción de trabajo en equipo interdisciplinario de la siguiente manera: "El trabajo en grupo se convierte en un espacio creativo, si se toleran desacuerdos y posiciones diferentes, si se respeta el espacio del otro y, también, si se acepta lo que no se sabe y las limitaciones de los recursos disponibles." (Blidner, J; Caballero, M. y otros en Revista del HNRG, Diciembre 1999). Retomando las palabras de un entrevistado encontramos: "Yo creo que el obstáculo mayor es cuando uno no es un equipo, es decir si son como profesionales aislados, y no es un equipo que se conozca, respeta y comparte como punto de partida, ahí creo que se complica. Ahora si nos constituimos como equipo, a partir de pensar de la misma manera un paciente, creo que no hay dificultades porque cada uno respetará lo específico de cada uno e integrará lo común."

También en las entrevistas, se hizo alusión a lo disciplinar, a la incumbencia de cada especialidad. "El problema de la interdisciplina es que muchas veces uno se mete en el terreno del otro. Este es el problema de la incumbencia, uno le dice al otro hasta acá, no te metas". Otra entrevistada dice respecto a Psicología y Psicopedagogía: "...hay algunas cosas que nos diferencian y hacen a la especificidad de la escucha; pero hay otras que nos complementan, que hacen al lugar desde dónde escuchamos". En palabras de Elichiry, N "En la articulación interdisciplinaria cada disciplina es importante en su

función, en su individualidad. Cuando cada disciplina está nítidamente identificada y estructurada, podemos recién orientarnos a la Interdisciplina."

Algunos de los profesionales con quienes conversamos definen Interdisciplina como:

❖ *Lo que Interdisciplina Es*

"Pienso la Interdisciplina como distintas miradas, desde cada una de las diferentes especialidades, frente a un paciente. Estas miradas no tienen que ser separadas, como consultas; Si no conjuntas, para poder pensar a un paciente en su totalidad. Interdisciplina es poder pensar a un paciente entre todos y a partir de allí definir cuál es la estrategia a seguir; decidir qué tipo de intervenciones se hacen. Sucede, a veces, que frente a un paciente la mirada es Interdisciplinaria y luego sólo un profesional es el que opera sobre él. Esto también es Interdisciplina". (Lic. Marta Caballero. Psicopedagoga. Coordinadora Gral. Equipo de Psicopedagogía).

"La interdisciplina yo la entiendo como diferentes profesionales que trabajan cada uno con su marco teórico y su especificidad, pero que se concentran por un mismo objeto en común. Aportan o intercambian bajando el lenguaje, con conceptos en común. Esto enriquece la posición que todo el equipo toma, con relación a ese objeto en particular. El abordaje en interdisciplina me parece más rico que el individual". (Aldana Hosni. Jefa de Residentes de Psiquiatría).

"La interdisciplina me remite a la idea de intercambio, de cooperación, de articulación; pero ante todo, es tener la capacidad de reconocer las diferencias entre las especialidades. Implica trabajar y aprender de la diversidad y no hacer una nueva identidad abarcadora. Es a partir de las diferencias que se produce un nuevo acontecimiento-conocimiento. Implica escuchar y reconocer estas diferencias, y creo que estamos en un proceso de construcción hacia el trabajo desde el intercambio". (Luciana Licastro. Coordinadora de Concurrentes. Musicoterapeuta)

❖ *Lo que Interdisciplina No Es*

"En líneas generales, pienso en que hay diferentes niveles: Una cosa es cuando te derivan un paciente a Psicopedagogía por ejemplo. La derivación estaría más del lado de la interconsulta. Otra cosa es hacer un diagnóstico en conjunto entre Psicología- Psicopedagogía, Psicopedagogía- Psiquiatría, como a veces sucede tanto en el área de 0

a 5, como de 6 a 9... Pero hay que tener cuidado con que Psicopedagogía no quede subordinada a Psicología, como si estuviera trabajando al servicio de ella... Aunque, por ejemplo, en la interconsulta se está reconociendo parte de un saber con el que uno no cuenta y por eso se necesita de otros. Pero en esta derivación del paciente no se está construyendo un nuevo saber. Son, a veces, disciplinas que intervienen en forma aislada". (Lic. Analía Kutz. Instructora de Residentes de Psicopedagogía).

"...el trabajo interdisciplinario puede darse o no. Porque el hecho de que haya muchas disciplinas en un mismo equipo de trabajo no garantiza un abordaje interdisciplinario; puede terminar siendo una modalidad de trabajo donde cada uno trabaja desde su campo, eso, por el contrario, sería un modelo multidisciplinar". (Sheila Saidon. Médica. Residente de Psiquiatría Infanto Juvenil).

"... Morin habla de que hay que “ecologizar” las disciplinas y es interesante pensar la interdisciplina desde ese lugar, no como una sumatoria sino como una interrelación". (Luciana Licastro. Coordinadora de Concurrentes. Musicoterapeuta)

❖ **Desventajas y obstáculos.**

Por un lado los entrevistados manifestaban tener una imagen positiva acerca del trabajo interdisciplinario, lo ven como una práctica beneficiosa, incluso muchos decían no encontrar aspectos negativos en este enfoque de trabajo. En palabras de algunos entrevistados se puede ver: "No hablaría de desventajas, creo que todo es positivo."...Otra entrevistada, más concretamente dijo: "No veo desventajas". Nosotras creemos que, como toda modalidad de trabajo, tiene aspectos positivos, y también negativos o dificultosos.

De no visualizar los aspectos negativos, nos encontraríamos frente a una idealización ciega. Esto no permitiría buscar nuevas alternativas, nuevos progresos, ni intentar las superaciones. Aquí no hablaríamos de Interdisciplina, sino de un equipo estático.

En cuanto a lo que se refiere al pensamiento interdisciplinario por ser una modalidad que requiere de espacios programados para el intercambio, la discusión, la reflexión entre diversos profesionales; hace necesario que los integrantes del equipo dispongan de tiempos para estos espacios, y tengan el compromiso para sostenerlos.

Los obstáculos encontrados por los profesionales con los que conversamos, no tienen que ver con el modelo interdisciplinario en sí, si no que se ligan a las cuestiones prácticas, operativas para su instrumentación. La falta de tiempo material, del que hablábamos anteriormente, fue lo que apareció con mayor frecuencia. En segunda instancia se encuentra la necesidad de recursos humanos y materiales. En el artículo escrito por profesionales de Adolescencia del HNRG en el año 1999, se explica que los obstáculos son trabajados durante los ateneos interdisciplinarios.

En palabras de una entrevistada: "...como obstáculo encuentro la falta de tiempo y la cantidad de demanda". Otra entrevistada: "Vos decís, Funciona la interdisciplina?, y sí. Si vos me das las condiciones, funciona maravillosamente bien, si me das la línea directa (refiriéndose a la línea telefónica del servicio) también funcionaría mucho mejor". (Inés Alfieri. Psiquiatra de Planta)

Por tratarse de un trabajo en equipo, también requiere de acuerdos y para ello, es necesario que se cuente con un espacio destinado a la discusión; Evelyn Levy dice "preguntar (...) es pensar que la construcción del conocimiento se constituye en la relación con el otro." (Aprendizaje hoy. Anuario 1987). Si no se cuentan con estos espacios para promover la pregunta, el intercambio, se obstaculiza el Trabajo en Equipo.

La predisposición, la permeabilidad, la apertura para el trabajo con semejantes, son necesarios para sostener el trabajo y que sea fructífero. Primero, es necesario, tener un recorrido por la propia disciplina, una seguridad profesional que ayudará al intercambio y argumentación dentro del equipo de trabajo.

"Considero también que para trabajar interdisciplinariamente hace falta mucha seguridad (...) Me parece que es más fácil cuando uno ya ha recorrido un trayecto, a diferencia de los primeros momentos cuando uno se recibe donde tiene que construir más lo propio. Cuando uno intercambia con otros lo hace desde lo que ya construyó". (Lic. Marta Caballero. Coordinadora del Equipo de Psicopedagogía)

Retomando los obstáculos, algunos entrevistados mencionaron:

"...en la clínica, que es la actividad que más se realiza en el Servicio, los principales obstáculos serían la falta de tiempo, de espacios compartidos y reconocer que el saber propio de cada disciplina no es suficiente para los abordajes que se nos plantean, reconocer la falta en cada especificidad. También creo que influye entre quiénes se da el intercambio. No es lo mismo el intercambio, ni los términos que se utilizan, en el

discurso entre profesionales de una misma unidad, por ejemplo, que compartan el pensamiento y discurso psi; que creo que fuera del servicio es más complicado". (Lic. Ma. Celeste Ros Giordano. Psicopedagoga. Residente).

"En lo cotidiano, hay una falta de recursos humanos bastante importante (...) También está la carencia de recursos operativos, el material con el que trabajamos proviene de donaciones o materiales y juguetes que traemos los profesionales, y hasta los mismo chicos. Otro punto es la carencia de espacio, por un lado es incómodo no tener un espacio dónde trabajar confortablemente (para los niños y los terapeutas), organizar y mantener el material (...) El espacio es sumamente importante. Es decir que las desventajas son orden operativo y práctico". (Psicomotricista Débora Schojed-Ortiz)

❖ **Ventajas y facilitadores.**

El estar en un Hospital pareciera, aparentemente, facilitar la interdisciplina. A diferencia del trabajo en un ámbito privado, el Hospital, como edificio que concentra diversos profesionales, facilitaría el intercambio con otras disciplinas. Una de las entrevistadas: " Esto está muy facilitado en el Hospital, hay una vía muy abierta a que vos tengas contacto con las disciplinas médicas o no médicas".

Volviendo a las preguntas de nuestro marco teórico:

¿El estar en un Hospital facilita la interdisciplina, a diferencia del ámbito privado? ¿El tipo de edificio del HNRG favorece y/o obstaculiza el trabajo interdisciplinario?

Como nos propusimos intentar elaborar respuestas, es que nos plantamos nuevas preguntas....

El sólo hecho de estar en un mismo edificio, ¿Es suficiente para un trabajo interdisciplinario? Si tomamos las palabras de la última entrevista citada, podemos apreciar que ella dice que está "facilitado", lo cual nos llevaría a pensar en que no está garantizado.

Alicia Fernández, en *La Inteligencia Atrapada*, explica: " Muchas veces se desaprovecha, a nuestro criterio, esta magnífica posibilidad cuando cada área es un compartimento estanco, situación que además de intensificar los aspectos de rivalidad y competencia no ayuda al paciente a entender su problemática."

Las dos caras de una misma moneda, las podemos pensar como: trabajo interdisciplinario/Equipo. Y del otro lado, compartimentos estancos/islas dentro del

mismo territorio.

Entonces, por *compartir* un espacio, el Hospital, podríamos estar *partiendo* el territorio en tantos pedazos como especialidades; O bien... *partiendo* de cada especialidad para *com-partir* un recorrido con *pares* de diversas especialidades. Este es un continuo trabajo del, Equipo de Trabajo.

El Equipo de profesionales que conforman el grupo interdisciplinario ayuda tanto al abordaje de situaciones complejas, como también a los profesionales, en la medida en que funcionen como sostén afectivo- emocional. Otra ventaja que obtienen los profesionales, tiene que ver con el intercambio y el incremento en su propio saber. Partimos de nuestro propio desconocimiento para así, necesitar la mirada del otro y valorarla. Es desde aquí que nos vamos a poder nutrir con el aporte compartido entre los integrantes del equipo.

"Creo que en la Clínica con niños el trabajo interdisciplinario es "inevitable" (...) La Clínica que abordamos es muy dura y trabajar con otros lo hace más ameno. Algo que enriquece el trabajo hospitalario es la posibilidad de intercambiar y compartir; más aún, en un hospital general como en el que nos encontramos". (Sheila Saidon. Médica Psiquitra. Residente).

"...Hoy en día los pacientes que vienen son bastantes graves y uno no puede trabajar todo, ni todo acá". (Carolina Barrionuevo. Residente de Psicología).

❖ **Modalidad de trabajo en las áreas determinadas.**

Esses y Pelisch sostienen que para que la Lógica de la Interdisciplina, Lógica de lo grupal, los conjuntos y nudos, sean posibles; Es necesario desplegar diferentes recursos que permitan el inter-juego de la Inter- disciplina. Los autores se refieren a actividades que, en tanto recursos, posibilitan instrumentar la práctica interdisciplinaria. De esta manera es posible ubicar espacios intra e interdisciplinarios.

Respecto de los espacios Intradisciplinarios, tanto Psicología, como Psiquiatría y Psicopedagogía, cuentan con momentos destinados para trabajar sobre la reflexión teórico-clínica de la propia especialidad. De este modo, cada una de las disciplinas cuenta con ateneos, supervisiones y espacios de formación teórica que hacen a la especificidad; Instancia necesaria para lograr un intercambio enriquecedor.

Con relación a los espacios interdisciplinarios, el Servicio de Salud Mental, cuenta con un espacio de Ateneo como momento de intercambio general. Se trata de un espacio quincenal destinado a la presentación de diversas temáticas de interés para el Servicio. Por ejemplo: Violencia, Abuso Sexual, entre otras, y presentación de casos clínicos. Esta actividad está abierta a todos los profesionales pertenecientes al Servicio, sin discriminar su área de inserción; Como también a todo aquel profesional que, siendo parte de la Institución, desee asistir.

Es necesario remitirnos a la organización interna del Servicio, para focalizarnos en la dinámica particular que presenta cada una de las áreas que hemos delimitado para este trabajo.

La organización del Servicio de acuerdo al criterio de división por franjas etarias se vincula con la intención de evitar un funcionamiento disociado, aislado, entre disciplinas. Con esta finalidad, se optó por la inclusión de diversos profesionales en cada una de ellas; para que, de este modo, se constituyeran equipos de trabajo con mayor posibilidad de intercambio. Una residente de Psicopedagogía nos cuenta: "Tengo entendido que cuando, dentro del Servicio, se organizaron las áreas de acuerdo a la franja etaria, el objetivo era lograr un trabajo más integrado, porque hasta el momento estaban funcionando equipos, por ejemplo, familia, psicopedagogía, diagnóstico, tratamiento, etc; que no funcionaban con fluidez, eran como compartimentos estancos; por lo tanto la idea de trabajar por rangos de edad era formar equipos interdisciplinarios. Que cada área tuviera su espacio de reunión y pudiera trabajar más interdisciplinariamente".

Preguntando a los entrevistados por la modalidad de trabajo en las áreas 0 a 5 y 6 a 9, pueden encontrarse diferencias y semejanzas respecto a las actividades que hacen a su funcionamiento. Por un lado, los profesionales que compartieron su experiencia con nosotras, coinciden en señalar las Supervisiones y Reuniones de área como dos momentos formales destinados a la actividad interdisciplinaria. Para ello, cada área tiene establecido un día en la semana, y asisten a dichas actividades los profesionales de las distintas disciplinas que componen el área. Asimismo cada una de las áreas cuenta con supervisores externos "propios", los espacios de supervisión tienen por fin la evaluación conjunta de los procesos que van construyendo y recorriendo los distintos pacientes y profesionales. Las reuniones de área están destinadas a trabajar, también conjuntamente, cuestiones que hacen al funcionamiento de la misma como, la derivación de pacientes, el planteo de dificultades, etc. En relación a estos espacios una

entrevistada cuenta “...En este punto la cuestión también se fue abriendo, en mi época por lo general sólo venían psicólogos, ahora, por ejemplo, Psicopedagogía está más presente. Actualmente Musicoterapia y Psicomotricidad también comparte su forma de trabajo, y esto nos permite consultar cuando se tienen dudas...”

Así como se reconocen las Reuniones y Supervisiones de área como espacios formales destinados al intercambio interdisciplinario; También tienen lugar "encuentros informales" a los que, diferentes entrevistados, aluden: "Hay interdisciplina interna, casi de taquito cuando uno dice, che, viste lo que pasó con este paciente...En el estrecho contacto cotidiano". Otra entrevistada: "Hay mucho de Interdisciplina informal, muchas cosas que se resuelven en el pasillo, en el bar, por teléfono desde la casa...”

En cuanto a las Admisiones, las entrevistas arrojan una primer diferencia. En el área 0 a 5, dicha actividad queda a cargo del personal de planta que integra el área, siendo estos Psicóloga, Trabajadora Social y Psiquiatras. Una entrevistada, de otra especialidad, cuenta que en algún momento, esta actividad era más abierta “... También en alguna oportunidad estuvimos en las admisiones. Ese, justamente, es un espacio a construir a futuro...”

En el área 6 a 9, si bien las admisiones también las realiza la coordinadora (psicóloga de planta), cada semana se incorpora otro profesional, concurrente o residente, ya sea de Psicopedagogía, Psiquiatría, Musicoterapia, Psicomotricidad.

Otra actividad, que podría desembocar en un trabajo interdisciplinario, es el Psicodiagnóstico conjunto. El mismo, pareciera estar aún en proceso de construcción. En el área de 6 a 9 se realiza con más frecuencia desde el año 2005.

"...se están construyendo estos espacios más interdisciplinarios. Se está empezando a convocar a Psicopedagogía para que se incorporen en algunas entrevistas del psicodiagnóstico. Esto me parece que es un primer paso...” (Lic. Analía Kutz. Instructora de Residentes de Psicopedagogía)

En cambio, en el área de 0 a 5 esta modalidad de trabajo conjunto tiene un mayor recorrido. Esto podría tener que ver con la predisposición y apertura de los profesionales del área, y también con la insistencia de Psicopedagogía en trabajar con una intervención más integradora.

La modalidad de trabajo de cada una de las áreas se vincula con los avatares y particularidades que fueron conformando sus historias dentro del Servicio a lo largo del tiempo. En las entrevistas puede “leerse” cierto proceso de construcción en cada una de las áreas. Proceso con avances y retrocesos ligado a múltiples cuestiones; Como la

disponibilidad de recursos humanos, el aumento de demanda, la complejización de las patologías, la coyuntura. Respecto de la actual modalidad de trabajo en las áreas una entrevistada dice “...en la época en la que yo era residente, la modalidad era más de interconsulta. A lo sumo, en casos graves te acercabas y pedías algo a otras disciplinas, pero igual quedaba más del lado de la interconsulta. Es distinto a como está planteado ahora el abordaje del paciente, la modalidad ya es con otra concepción (...) Antes la diferencia tenía más que ver con los estilos de cada coordinadora de área. Ahora la diferencia es mayor. La modalidad de trabajo es muy distinta...” (Mariana Raimondi. Jefa de Residentes de Psicología)

Actualmente el área 0 a 5 cuenta con un Dispositivo para el abordaje de pacientes graves con Trastorno Generalizado del Desarrollo. Este Dispositivo está formado por los Talleres de Psicomotricidad, Taller de Arte, Taller de Juego, Musicoterapia (que trabaja con duplas), el Grupo de Padres y el espacio de Terapia individual de cada paciente. El objetivo es lograr que los distintos pacientes que se encuentran en él, puedan ir incorporándose progresivamente a cada uno de estos espacios grupales. Por su parte, el área 6 a 9, comenzó a montar un dispositivo similar que en estos momentos no se encuentra funcionando debido a la carencia de recursos humanos para sostenerlo. En este punto, y a partir de lo conversado durante las entrevistas, pareciera vislumbrarse una diferencia importante respecto de la modalidad de cada una de las áreas.

En palabras de los entrevistados:

“... En el área 0 a 5, me parece que la mirada interdisciplinaria está más aceiteada. Estando en esa área he tomado pacientes junto con Susana. De partida compartíamos la admisión y estaba la posibilidad de poder pensar un Psicodiagnóstico de manera conjunta. También está presente el trabajo con Graciela. Creo que, desde el equipo, lo inter está más armado. Ahora, más aún, con el Dispositivo de pacientes graves (...) creo que permite un intercambio con las otras disciplinas que antes no se daba (...) En el área 6 a 9, también he compartido pacientes con Psicopedagogía. En ese momento recién se estaban incorporando las musicoterapeutas y psicomotricistas al Servicio. En esta área hay una mirada clara desde el enfoque del Psicoanálisis (...) lo cual es un déficit y a veces no facilita la apertura hacia otras disciplinas (...) hay una mirada desde lo “psi” muy fuerte. Actualmente, si bien está cambiando un poco, la mirada sigue siendo bastante reducida...” (Sheila Saidón. Residente de Psiquiatría)

“... Silvia Tocco que supervisa el dispositivo de pacientes graves. Ella fomenta mucho el intercambio entre las distintas disciplinas, abre al intercambio, y genera el espacio de encuentro (...) En esta área (0 a 5) observo mayor predisposición a la interdisciplina, más apertura. Tienen una mirada más integral del niño y su familia. El pensamiento, la ideología interdisciplinaria está más presente, en las reuniones, supervisiones, etc. (...) En esta área (6 a 9) pareciera ser más frecuente lo multidisciplinario. Hay un predominio de la palabra de psicología. Aunque no quiero generalizar, porque hay diversas situaciones en todas las áreas...” (Analía Kutz. Instructora de Residentes de Psicopedagogía)

Estas diferencias entre las áreas, ya sea por estar coordinadas por distintas personas, por trabajar con pacientes de distintas edades, por estar formadas por distintos profesionales, etc.; Parece reflejarse en las propuestas de trabajo que se ofrece a los pacientes. Esto provocaría, indirectamente, una desarticulación entre las áreas.

La discontinuidad en la organización por áreas, podría observarse en los relatos de las coordinadoras del Dispositivo de Pacientes Graves del área 0 a 5: "...ahora nos es difícil sacarlos del tratamiento, entonces tenemos que hacer transiciones. Yo lo que noto como situación personal es que nos está costando decidir cómo los sacamos, después del Taller de Arte, qué....? Lo que hay que trabajar respecto de la Interdisciplina es que 6 a 9, 10 a 12 tuvieran algo que acompañara, pero no lo tenemos; Entonces se nos está haciendo difícil". (Inés Alfieri, Psiquiatra de Planta.)

❖ **Actividades Interdisciplinarias.**

Por un lado resulta llamativo que al preguntar por actividades interdisciplinarias, los entrevistados, en su mayoría, se remitían a los espacios interdisciplinarios formales con que cuenta cada una de las áreas. A su vez, el Dispositivo de Pacientes Graves del área de 0 a 5, fue ubicado como la actividad interdisciplinaria por "excelencia"; la expresión de una entrevistada: "...El Dispositivo de pacientes graves, claramente, es un punto donde se interviene realizando abordajes de manera interdisciplinaria..."

Dada la relevancia que los entrevistados han ando dado al Dispositivo a lo largo de las entrevistas, creemos necesario, pues, profundizar acerca de su origen. Una de sus iniciadoras nos dice: "...después de la crisis 2001, aparece una demanda muy importante de patología más grave (...) una, trastornos del desarrollo; O sea, empiezan a aparecer mayores consultas de chicos con desconexión; y otra patología, los chicos

enloquecidos, que son los chicos hiperexcitados, hiperactivos, desorganizados, con impulsividad y con agresividad, producto de ruptura de lo que históricamente llamábamos los círculos de contención (desde lo Estatal, social, familiar, institucional). Frente a esto empezamos a modificar la oferta de los servicios que podríamos brindar en este servicio. (...) El marco nuestro lo construimos nosotros. (...) No lo llamamos Hospital de día; es un Dispositivo porque, está armado a pulmón, entonces, no todos los chicos resultaban en la actividad grupal, por eso empezamos a flexibilizar el dispositivo y empezamos a evaluar caso por caso...".

Formando parte de él, se encuentra el **Taller de juego** que, al igual que el Dispositivo, fue desde antes de su concreción, pensado desde la ideología interdisciplinaria. Así lo refleja una de sus gestoras: "... se lleva a cabo desde el año pasado, (a partir de la inclusión de la Residencia de Psicopedagogía) la considero la más representativa de las actividades interdisciplinarias. Aunque en sus inicios tuvo algunos obstáculos. El proyecto se inició con integrantes del equipo de Psicomotricidad pero fue difícil encontrar espacios conjuntos de planificación, evaluación y supervisión de la tarea. Entonces sólo estábamos juntos durante el taller y no había un trabajo previo ni posterior, esto dificultó mucho la tarea..."

En este punto, y siguiendo el pensamiento de Beatriz Kalinsky respecto de la práctica inter-gestión disciplinaria; podría decirse que en sus comienzos el Taller de Juego, contaba con cierta imposibilidad de encuentro entre disciplinas. Esta dificultad podría haberse leído como zona de clausura. Zona de clausura entendida como aquella que no cuenta con las condiciones suficientes para crear el intercambio, pues allí operarían mecanismos de la no-comunicabilidad.⁶

Actualmente el Taller de Juego está coordinado por residentes de Psicopedagogía y de Psicología. Si bien no fue una de las actividades referida por la mayoría de los entrevistados; creemos que se trata de una actividad claramente interdisciplinaria. Una de las coordinadoras explica la modalidad de funcionamiento:

"...hay algo de lo interdisciplinario que se está construyendo. Estamos teniendo espacios de encuentro para discutir cómo intervenir, qué estrategias usar, qué objetivos tenemos, es decir pensado los acuerdos básicos. Compartimos espacios de supervisión lo que también nos ayuda a pensar, desde un discurso común, este taller de Juego; qué objetivos nos proponemos. Está en proceso de construcción de trabajo interdisciplinario.

⁶ Cultura, salud y enfermedad. Temas de Antropología médica " Cap.Salud e Interdisciplina. Beatriz Kalinsky. Ed. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.Bs.As.1995

Luego de cada sesión, sí tenemos, un espacio para la evaluación de lo sucedido ese día, hacemos un registro de lo que fue pasando entre las 3 coordinadoras. Estos encuentros de evaluación nos sirven también (...) para tomar ideas o hacer modificaciones respecto a los próximos encuentros. También en ese intercambio compartimos entre las coordinadoras qué dificultades vivenciamos cada una desde lo personal..."

Retomando el pensamiento de Beatriz Kalinsky, con respecto al intercambio entre conocimientos, la información recogida sobre el Taller de Juego parecería mostrar una evolución en su recorrido. En este momento parecería que la anterior "zona de clausura" referida, ha sido re- definida como una "zona de apertura". Zona de apertura en tanto, actualmente, brinda las condiciones para crear el intercambio entre conocimientos; posibilita un punto de encuentro y articulación entre las disciplinas implicadas.

Considerando que el trabajo interdisciplinario intrínsecamente "exige" permanentes acuerdos y re- acuerdos; Podría inferirse que, esta dinámica entre zonas de apertura y zonas de clausura, daría cuenta de la intencionalidad interdisciplinaria (y sus avatares) con que esta actividad es llevada a cabo.

❖ **Interdisciplina e Interconsulta**

Al comienzo del trabajo la relación entre Interdisciplina e Interconsulta no se planteó explícitamente como un eje a indagar, sino como un de los interrogantes que surgía y guiaba el tema en estudio. A lo largo de las conversaciones que mantuvimos con los profesionales notamos cómo la Interconsulta se constituye en un punto de intersección problemática de la práctica hospitalaria. Como punto de encuentro entre diferentes saberes. Desde el discurso médico, la Interconsulta en tanto figura (médica) es definida estrictamente como el momento de la conversación entre profesionales con relación a una dificultad clínica. Conversación que en todos los casos implica la responsabilidad de una toma de decisión.⁷ Entonces, lo que define a la Interconsulta, es pues, aquello que puede implicar un intercambio entre profesionales, intercambio capaz de producir efectos.

La confusión entre el concepto Interdisciplina y el concepto Interconsulta, la reducción de la Interdisciplina a la Interconsulta, son cuestiones que resuenan a partir del material

⁷ "Interconsulta Médico-Psicoanalítica". Cuadernos del Niño/s; Número 5, Volumen II. Dr. Carlos A. Camusso. Ed. Polemos. Bs. As. 1994

recabado. Una entrevistada advierte al respecto "... Otro punto es la confusión entre Interconsulta e Interdisciplina, muchas veces se cree que se trabaja interdisciplinariamente porque se hacen Interconsultas..."(Lic. Ma. Celeste Ros Giordano. Psicopedagoga. Residente)

En consiguiente, surge la necesidad de abordar la relación que mantienen ambos conceptos. Intentando una delimitación, entre términos, que reditúe en un esclarecimiento respecto de la modalidad interdisciplinaria.

La Interdisciplina, como posicionamiento clínico, exige y permite sostener la incertidumbre frente a un saber "completo y absoluto como donador de significados", es pues, un lugar para la pregunta. Cuando en la práctica se presenta algo que excede el juego que se teje entre paciente y terapeuta, se crea un intervalo de ambigüedad que abre lugar para interrogarse.⁸ En este punto la Interdisciplina se vale de la Interconsulta en tanto instrumento, "... la Interconsulta es un modo de intervención interdisciplinaria; es la herramienta que permite dirigir y trabajar una pregunta por fuera de los límites de la propia disciplina. Las Interconsultas son el intento de bordear simbólicamente aquello que le surge a cada terapeuta como pregunta..." (Maciel citado en N. Filidoro).⁹

De esta manera, se hace necesario no confundir una ideología, como lo es la Interdisciplina, con un acto, como lo es la Interconsulta. Conocer esta distinción es sumamente importante pues, el hecho de homologar Interdisciplina e Interconsulta, genera una errónea interpretación del Enfoque Interdisciplinario. Consecuentemente, esta confusión, genera un reduccionismo de la práctica (interdisciplinaria); La cual queda recortada sólo al contacto que permite una Interconsulta. Una entrevistada refleja esta distinción con relación al trabajo en las áreas "... Me parece que en la época en la que yo era residente, la modalidad era más de Interconsulta. A lo sumo, en casos graves te acercabas y pedías algo a otras disciplinas, pero igual quedaba más del lado de la Interconsulta. Es distinto a como está planteado ahora el abordaje del paciente..." (Lic. Mariana Raimondi. Psicóloga. Jefa de Residentes).

Dentro de las áreas abordadas, la Interconsulta "toma cuerpo" a partir del intercambio y pedidos que se gestan entre los profesionales de las distintas disciplinas que las integran. Se trata de un conocimiento a develar, la Interconsulta es un espacio a construir. Así lo expresa una entrevistada "... Si yo pienso en la cantidad y tipo de pacientes que tenía

⁸ "El Trabajo de Interconsulta: Un punto de partida" Cap. Psicoanálisis y El Hospital; Año 4, Volumen nº8. Noviembre 1995. O.Lapalma y S.Zamorano.

hace cinco años, creo que a la mitad pediría, hoy en día, interconsulta a psicopedagogía para que hagan una evaluación específica. En su momento no lo hice porque ni yo sabía en que me beneficia eso, ni tampoco en qué situaciones era pertinente...” (Aldana Hosni. Médica Psiquiatra. Jefa de Residentes).

En otros casos, la Interconsulta tiene como “destinatario” a algún otro profesional perteneciente a un Servicio de especialización médica; En tanto estrategia viable dentro de un abordaje integral del paciente. El decir de una entrevistada “... Se hace lo que precisa cada paciente. En general se trata de tomar contacto con el pediatra, a algunos chicos hay que buscarles pediatra, porque no tienen uno de cabecera. (...) Nosotros tratamos de recurrir al pediatra para que se transforme en el centro, que él pueda centralizar toda la información médica con que la gente viene, por ejemplo con los electros que traen y demás. A veces tratamos que ellos sean, y no nosotros, los que reúnan los estudios.” (Lic. Graciela Cerruti. Psicóloga. Coordinadora Gral. Área 0 a 5)

Por último, es igualmente necesario re-conocer el riesgo de la indiferenciación entre Interconsulta y Derivación. Esta última es la entrada en escena de un nuevo profesional con una vertiente terapéutica, también nueva, en el proceso de atención (integral) de un paciente. En algunas ocasiones, la Derivación se realiza con la expectativa que el nuevo profesional brinde información a quien deriva. Otras veces, la derivación se hace sin haber intercambio alguno entre profesionales; Tan sólo mediaría una nota de derivación. Estos dos conceptos, Derivación e Interconsulta, no serían lo mismo. Una Interconsulta podría desembocar en una Derivación, y viceversa, Pero se realizan con distintas finalidades. En una se busca información de otro saber (Interconsulta), y en otra se convoca el trabajo, la intervención de otro profesional sin que necesariamente haya intercambio entre profesionales. No toda Derivación implica una Interconsulta. Esto con-lleva el riesgo de caer en islas disciplinares, fragmentando la constitución biopsicosocial del paciente.

⁹ “Psicopedagogía: conceptos y problemas”.Cap.La posición del psicopedagogo. Filidoro, N. Ed. Biblos. Bs. As. 2002

PSICOPEDAGOGIA E INTERDISCIPLINA

Indagando un poco en la historia de la psicopedagogía en la Argentina, descubrimos que el surgimiento de la Psicopedagogía se da a partir de la institucionalización de una práctica (la de las maestras particulares) y de un campo científico. Surge la Psicopedagogía como campo de convergencia de dos grandes disciplinas: la Psicología y la Pedagogía.

La Psicopedagogía vendría a ser una "Disciplina Interdisciplinaria"¹⁰ desde su constitución. Sus conocimientos se transversalizan con otras disciplinas desde el momento en el que surge. Muller explica "Psicopedagogía como profesión, es interdisciplinaria desde su misma denominación".

Uniendo esta definición de Psicopedagogía, y retomando una definición de Interdisciplina: "...se trata de saber lo suficiente para poder formular una pregunta, pero no tanto como para poder responderla. Se trata de una posición con relación al conocimiento en la que la posibilidad de un saber absoluto se presenta como imposible..."(Filidoro, N.); Podríamos hacer un pequeño paralelismo entre estas dos, la Psicopedagogía y la Interdisciplina.

Desde nuestra posición Psicopedagógica tratamos de *acompañar* a las personas en sus procesos de aprendizaje, durante toda su vida. Durante este acompañamiento vamos promoviendo avances y retrocesos, preguntas, respuestas y nuevas preguntas. A la vez, nosotras en tanto profesionales también avanzamos y retrocedemos, nos vamos planteando preguntas, nos respondemos y nos re- preguntamos. "El quehacer psicopedagógico remite a un espacio en construcción continua" (Cuadernillo del Gobierno de Ciudad). En este proceso de construcción del saber del otro (paciente), interfiere e incluimos nuestro saber (disciplinar) y, por lo tanto inevitablemente, nuestro no saber, nuestra ignorancia. Muller, M, refiriéndose a la Psicopedagogía la explica como "...disciplina abierta al diálogo y al trabajo conjunto con otras disciplinas. Es inter- disciplinaria, en cuanto muchos de sus interrogantes atraviesan otros campos del conocimiento y desbordan los territorios supuestamente específicos, falsamente planeados como infranqueables". El hecho de hacer eco a nuestro desconocimiento, nos conducirá al trabajo con otros saberes... Tal vez,... a la Interdisciplina.

Cuando decimos que *acompañamos*, nos referimos al estar al lado del otro. No hace falta estar visible para que el otro pueda sentir nuestra presencia. Acompañar es respetar el espacio y el tiempo del otro, es no entrometerse, lo importante es que cuando el otro

¹⁰ "Aprendizaje Hoy N° 47". Cap. La Interdisciplina en la complejidad psicopedagógica. Muller, M

gire, nos busque, siempre estemos ahí. A diferencia de Acompañar, podríamos *Contener* que sería estar encima del otro, abrazar con fuerza, estar en contacto. La contención permite hablar, dar palabras de consuelo, de aliento, la contención da permiso para entrometerse desde una propia postura.

Nosotras, en tanto Psicopedagogas, acompañamos al paciente; Y a su vez, podemos optar por ser acompañadas por un Equipo. Esto se podrá dar en la medida en que reconozcamos nuestras posibilidades y limitaciones.

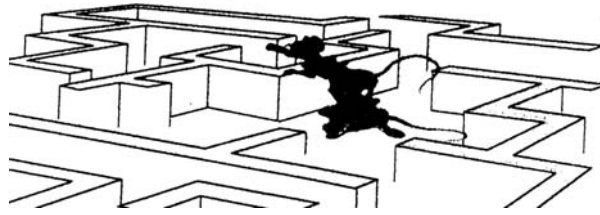
*Los dueños de las dudas*¹¹

*En la vereda de enfrente están los dueños de la verdad escriturada,
los propietarios de la seguridad del ignorante;
de este lado estamos nosotros, los dueños de las dudas
sentados en una larga mesa en llamas.*

*Somos los que sabemos que no sabemos.
Los que sabemos que no es luz esta claridad,
que este permiso no es la libertad, que este mendrugo no es el pan
y que no existen una sola realidad ni una única verdad.*

*Somos hijos de los profetas pero también hijos de aquellos a quienes los profetas
maldecían; somos los que desafinan en los coros de los istas.
Somos los que confían en la marcha de la historia
sin darla por sobreentendida.*

Con este texto pretendemos iniciar o, tal vez, continuar este recorrido inter- saberes. Pretendemos reflejar que lo que estaríamos buscando como Psicopedagogas y como integrantes de un Equipo Interdisciplinario, no tendría que ver con descubrir juntos verdades, sino con abrir puertas para que cada uno, en su respectiva organización, desde su respectivo rol, ingrese y circule por donde quiera (y pueda). Ya sea el paciente, como también los miembros del equipo. A propósito, si se trata de circular por donde se quiera y pueda; Proponemos un ejercicio. Observe el siguiente dibujo. ¿Qué le sugiere?



Esta gráfica se utiliza para poder explicar las concepciones del Pensamiento Lateral, una de las formas de ejercer la creatividad. Un ratón en un laberinto se desplaza según ensayo/error. Prueba las diferentes opciones. Pero al levantarse por sobre las paredes puede observar dónde está la salida, entonces sabe hacia dónde tiene que ir. La estrategia utilizada por el ratón es un claro ejemplo del pensamiento lateral, rompe la lógica habitual y resuelve un problema desde otra lógica.

Como dijimos antes, las Psicopedagogas somos convocadas para *acompañar* a un otro en un recorrido. Intentaremos ayudarlo a que encuentre el mejor camino para él. Este pedido podemos responderlo de varias maneras. Podemos trabajar solas, indicando direcciones como si tuviéramos el saber absoluto; O bien, podemos responder como integrantes de un Equipo. En este último caso, intercambiaremos ideas, opiniones, miedos, desconocimiento con nuestros compañeros de grupo, que tendrán otra perspectiva del estado del otro. Cada uno lo estará mirando desde otro ángulo y por eso, se tendrá que trabajar arduamente para acordar nuestro accionar con aquél ubicado ¿en el centro? ¿Al costado? ¿Cerca de la salida? ¿Al principio del laberinto?

Volviendo a la gráfica, el ratón decidió levantarse por sobre la pared porque sabía que estaba en un laberinto. Cuestión que parece sencilla, pero no lo es. Para desenvolverse en una situación compleja, y sobre todo si lo queremos hacer en forma efectiva o eficiente, principalmente debemos estar bien ubicados. Entonces, las Psicopedagogas, las Disciplinas, y El Equipo, para poder desenvolverse deberán (y deberemos) entenderse, estar bien ubicados.

Nuestra ubicación, nuestro lugar, tiene que ver con la ética, en la medida en que debemos salir de ese lugar engañoso de poseedor del Saber Absoluto. Debemos poder soportar el derrumbe de la omnipotencia, para que surja... Vaya a saber qué.

¹¹ Texto de fuente que desconocemos

Filidoro, N. (2002)¹² tituló un apartado como: Psicopedagogía e Interdisciplina: la posibilidad de abandonar certezas para que surja una verdad. Reiteramos, para que surja UNA verdad. Aquí mismo encontramos: "Cuando hablamos de interdisciplinariedad hablamos (...) de una posición frente a la clínica que nos obliga a reformular nuestra técnica (y nuestra teoría) a la luz de lo que el paciente produce".

En el cuadernillo, para Residentes y Concurrentes, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en el desarrollo de los Programas, explican que la Residencia de Psicopedagogía brinda la "posibilidad de compartir y construir espacios interdisciplinarios para el abordaje de la complejidad sin por ello desconocer la especificidad disciplinar". Entre las prestaciones que brinda Psicopedagogía, en el Hospital de Niños, encontramos dos propuestas que nos parecen claramente interdisciplinarias. Si bien no son propuestas de las áreas que hemos tomado para este trabajo, consideramos pertinente compartirlas brevemente.

✓ **Actividad que se realiza en la Sala de Mielomelinoceles**

Los pacientes que padecen de Mielomelinocele concurren una vez, cada seis meses, para su seguimiento y control. El niño se ubica en un box, allí los diferentes profesionales lo revisan de a uno a la vez.

El equipo está conformado por: Pediatras, Neurocirujanos, Traumatólogos, Psicólogos, Urólogos, Kinesiólogos y Psicopedagogas.

Dichos profesionales trabajan conjuntamente, en el mismo horario y lugar. La Lic. Vera Ocampo, Psicopedagoga que forma parte de la propuesta, dice: "Esto facilita mucho el intercambio y es muy operativo (...) Esta modalidad de trabajo también facilita la situación del paciente, ya que no tiene que deambular de consultorio en consultorio. (...) Es muy claro cuánto se enriquecen los puntos de vista y cuánto se va armando, cuánto más aporta la unión de saberes. Está claro que el paciente sale favorecido y abordado de manera integral. Ayuda a no caer en la fragmentación del niño a la cual a veces se tiende un poco en las especialidades. Desde Psicopedagogía se pueden hacer importantes aportes en cuanto a la escolaridad, manejo de la información, pautas de crianza, desarrollo cognitivo, etc. Desde la médica nos clarifican el panorama a nosotros. La discusión enriquece".

¹² "Psicopedagogía: Conceptos y problemas". Cap. Psicopedagogía e Interdisciplina: la posibilidad de abandonar certezas para que surja una verdad. Filidoro, N. Ed. Bilos. Buenos Aires. 2002

✓ **EPP**

Psicopedagogía diseñó una Evaluación de Pesquisa a Preescolares (EPP). Esta es administrada a los niños de 4 y 5 años que son atendidos en Niño Sano. Antes de realizar esta toma, los pediatras los evalúan con la PRUNAPE. La EPP permite evaluar, específicamente, aspectos de la lectoescritura y la noción de número. También permite detectar precozmente situaciones de riesgo en relación con un posible fracaso escolar; ya que los chicos que asisten están por ingresar a 1º grado. Las primeras Residentes del HNRG, junto con la Instructora de Residentes de Psicopedagogía, Analía Kutz, fueron quienes diseñaron la pesquisa. Una de ellas dijo: "La EPP se sigue desarrollando con éxito este año y vamos haciendo las modificaciones pertinentes. El contacto con Pediatría tiene su historia, ya que se han hecho anteriormente otros trabajos con ellos, como talleres para padres en sala de espera."

CONCLUSIÓN

"Interdisciplina... ¿Trabajo de Inserción?"

Inserción... Insertar implica incluir una cosa en otra...

Trabajo de Inserción porque se realiza durante los primeros tiempos en que uno se incorpora al ejercicio profesional como residente; A fin de facilitar (nos) el inicio de nuestro recorrido en la práctica hospitalaria.

La realización de este trabajo nos permitió conocer acerca de la Historia del Gutierrez, sus inicios y avatares. Nos condujo a recabar información acerca del Hospital y sus integrantes. Así mismo, nos ha permitido descubrir nuestros propios puntos de ignorancia; Profundizando en las diversas concepciones y representaciones acerca de la Interdisciplina.

La Interdisciplina es un concepto complejo, atravesado por múltiples entrecruzamientos: lo epistemológico, lo institucional y la propia subjetividad (entre otros).

La vertiente epistemológica nos conduce a asumir que no existe consenso acerca de una concepción del Enfoque Interdisciplinario. Cómo definirlo, cuáles son sus requisitos y cuáles son sus obstáculos. El mayor acuerdo parece ubicarse respecto del para qué y por qué de esta modalidad de abordaje.

Desde lo institucional, "El Niños", en tanto Hospital General Pediátrico, encarna el Derecho a la Salud de los más pequeños. Reclama a la Interdisciplina como modalidad de trabajo, partiendo de pensar al sujeto en su integridad, en su existencia biopsicosocial. Sujeto enraizado en un complejo escenario sociohistórico cultural que cuestiona las miradas aisladas y las prácticas fragmentadas.

Considerando el atravesamiento de lo personal, a lo largo de las entrevistas realizadas, la posición interdisciplinaria se señala como fundamental e "inevitable" en la práctica profesional. No obstante emerge una coexistencia de diferentes concepciones y representaciones respecto de ella. Esto complejiza, aún más, su concreción en el ejercicio cotidiano. Pareciera que aquello que se presenta como mayor obstáculo, es la "imposibilidad" de renunciar a las certezas y a la "omnipotencia" (siempre ilusoria) de un saber propio y completo. Sucede así, que algunas veces, el discurso se presentaría como Interdisciplinario, en tanto, es lo que se espera, lo que está "bien visto". Sin embargo continuarían en la práctica las pujas de poder entre disciplinas.

Las pujas de poder entre "saberes hegemónicos" no advierten el propio desconocimiento; Obstruyendo la posibilidad de lanzarse a la búsqueda y construcción e nuevos saberes *junto con* otros (profesionales). Saberes que serán distintos y, a la vez,

nuevamente incompletos.

La exploración que hemos emprendido con el presente trabajo, ha funcionado como mediador en el encuentro con nuestro rol, situando como punto de partida el reconocimiento de nuestra propia incompletud. Así también, nos ha facilitado el primer acercamiento a los profesionales con quienes compartimos nuestro ámbito laboral. Hemos podido bucear en la modalidad de trabajo de las áreas en las que nos insertamos desde el inicio. De este modo, nuestra presentación y acercamiento al exterior del Equipo (de Psicopedagogía) también se han visto facilitadas.

Creemos beneficioso, para los profesionales que participaron en este trabajo, plantear preguntas y abrir espacios de reflexión acerca de esta modalidad de trabajo. Es enriquecedor poder preguntar(se) e interrogar(nos) acerca de la propia práctica profesional; En un intento de Evaluación en la Acción.

Pertenece a una disciplina intrínsecamente interdisciplinaria, que aún se encuentra construyendo y re-elaborando sus propios marcos teóricos, prácticas y herramientas. Esto nos plantea un doble desafío: Andar el camino de nuestra especificidad. A la vez que, reconocer nuestras limitaciones, ampliar nuestra capacidad de escucha e intercambio para con otras disciplinas. Sólo a partir del reconocimiento de los obstáculos que nos plantea nuestra clínica, es cómo podremos apelar a otros profesionales con quienes co-pensar un paciente, abrir lugar para interrogarnos, trabajar semejanzas y diferencias.

Quizá, el hecho de que la Psicopedagogía sea una disciplina relativamente joven (con relación a la Psicología y a la Psiquiatría) nos posiciona en un lugar de “debilidad” en el inter-juego interdisciplinario. Debilidad en tanto que, la construcción de nuestra disciplina, también implica lograr la re-significación del quehacer psicopedagógico. Tarea vinculada a la particular modalidad de aprendizaje que despliega un sujeto, a la vez, que lo constituye.

En sintonía con esto, nuestra intención ha sido, en parte, poder aportar a nuestro Equipo, algo acerca de cuáles son las representaciones que distintas disciplinas poseen respecto de la Psicopedagogía, cómo somos vistas y pensadas las psicopedagogas (y nuestras intervenciones).

En lo que respecta a las áreas que hemos delimitado para este trabajo, creemos que en ellas se han logrado ciertos acuerdos y construcciones. No obstante, la Interdisciplina continúa, aún, en proceso de construcción. En ambas áreas pueden ubicarse avances y retrocesos en cuanto a la apertura de escucha, la amplitud de espacio para un mayor

intercambio y el lugar para reflexionar sobre esta temática. Las entrevistas reflejan un recorrido, en cada una de ellas, donde pueden ubicarse sucesivos intentos de trabajo interdisciplinario. En este punto, el de los intentos, resuena lo genuino y “lo complejo” de la Interdisciplina. ¿No sería la Interdisciplina una permanente construcción en el día a día, en el caso a caso? ¿No es en sí misma diálogo, intercambio, reconocimiento de la propia incompletud, construcción permanente de acuerdos? Parece pues, que la Interdisciplina, nos interpela a la constante reflexión y construcción.

Para seguir pensando.... Para continuar la búsqueda....

La búsqueda que iniciamos al comenzar este trabajo ha finalizado en esta oportunidad, por esta vez... Continuaremos nuestra propia búsqueda, con el desafío de no perder de vista nuestra ubicación en el laberinto. Recordando que, es desde UN lugar, nuestra ESPECIFICIDAD, que acompañamos a otros en sus recorridos. Y es desde un cierto lugar, que también somos acompañados por los otros. Sabemos que necesitamos y necesitaremos de otros saberes (disciplinares y no disciplinares). Precisaremos de otros puntos de vista para jugar el juego. El juego se teje en el intercambio con otras posturas, algunas ubicadas en nuestro mismo mirador; Otras ubicadas desde ángulos diferentes (al propio). Nuestra tarea requiere nutrirnos de colegas con otros recorridos, otras experiencias y preguntas. Nuestro escenario es el desafío por la pregunta permanente, la reflexión constante, la Interdisciplina. Intentaremos, día a día, promover (nos) espacios y tiempos para que surjan nuevos interrogantes. Interrogantes que desencadenen nuevas alternativas, nuevos recorridos, aún desconocidos, para nosotros y para quienes nos consultan.

BIBLIOGRAFÍA

- Blidner, J; Caballero, M; y Otros. "Revista del HNRG" Capítulo: Interdisciplina en la Historia de un Servicio de Adolescencia. 1999
- Dabas, E y Perrone, N. "Redes en Salud". Buenos Aires. 2000.
- Diccionario Larousse
- Elichiry, Nora. (Comp.). "El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio". Capítulo: Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías interdisciplinarias. Ed. Nueva Visión. Buenos Aire. 1987.
- Esses y Pelisch "Cuadernos del niño" Capítulo: Reflexiones acerca de la Interdisciplina médico-psicoanalítica en un equipo de salud para adolescentes. Ed Polemos. Bs As 1994.
- Filidoro, Norma. "Psicopedagogía: Conceptos y Problemas. La especificidad de la intervención Clínica". Ed. Biblios. Buenos Aires. 2002.
- Guarino, A y Ros Giordano, Ma. C. " De la historia a la memoria: Un encuentro con el pasado y el presente para proyectar el futuro". Trabajo de Inserción. 2005.
- Kalinsky, Beatriz: "Salud e interdisciplina: ¿Fracaso epistemológico o práctica de la intergestión disciplinaria de la ciencia?" Cultura, salud y enfermedad. Temas de antropología y Pensamiento Latinoamericano. Buenos Aires. 1995.
- Legislatura de la Ciudad a Autónoma de Buenos Aires. "Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448". 2000.
- Lemus, Jorge Daniel. "Áreas Programáticas".
- Levy, Evelyn. "Aprendizaje Hoy. ". Capítulo: El psicopedagogo, la interdisciplina, el conocimiento y el otro. 1987
- Morin, Edgard. "Introducción al pensamiento complejo". Ed. Gedisa. Barcelona. 2005.
- Muller, Marina. "Aprendizaje Hoy N° 47". Capítulo: La Interdisciplina en la complejidad psicopedagógica.
- Najmanovich, Denise. "Interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico". Tramas: Perspectiva Psicoanalítica Vincular – Revista
- Programa de la Residencia de Psicopedagogía. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud. 2005.
- Stolkiner, Alicia: "De interdisciplinas e indisciplinas".
- Stolkiner, Alicia: "La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas". El Campo Psi. 1999

ANEXO

Entrevistas que se hicieron:

- 3/07/2006 Dr. Jorge Blidner. Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio.
- 4/07/2006 Dra. Patricia García y Dra. Inés Alfierir Médicas Psiquiatras.
- 5/07/2006 Lic. Graciela Cerruti. Psicóloga y coordinadora Area 0 a 5.
Lic. Mariel Franceschi. Psicóloga y coordinadora Area 6 a 9.
Musicoterapeuta Luciana Licastro. Jefa de Concurrentes.
- 7/07/2006 Trabajadora Social de Planta. Graciela Ravizzoli.
- 11/07/2006 Dra. Aldana Hosni. Médica Psiquiatra. Jefa de Residentes Psiquiatría.
- 14/07/2006 Lic. Marta Caballero. Coordinadora Gral. Equipo de Psicopedagogía
- 17/07/2006 Lic. Mariana Raimondi. Psicóloga. Jefa de Residentes Psicología.
Dra. Sheila Saidon. Médica Psiquiatra. Residente de 4to año.
- 18/07/2006 Psicomotricista Débora Schojed-Ortiz.
- 19/07/2006 Lic. Aurelia Veraocampo. Psicopedagoga. Fue Concurrente en el HNRG.
Lic. Carolina Barrionuevo. Psicóloga. Residente 2do. Año.
- 20/07/2006 Lic. Analía Kutz. Psicopedagoga. Instructora de Residentes Psicopedagogía
- 24/07/2006 Lic. Ma. Celeste Ros Giordano. Psicopedagoga. Residente 2do. Año.

Fecha: Lunes 3/07/2006

Apellido y Nombre: Blidner, Jorge.

Profesión: Psiquiatra.

Cargo: Jefe de la Unidad de Salud Mental 4 años en el cargo.

Antigüedad en la Institución desde 1974.

Cuéntenos cómo fue su recorrido por el Hospital.

Yo ingreso acá en el 74 con la residencia (de Psiquiatría). En ese momento la residencia era de 3 años. La de médicos era paga y la de psicólogos era honoraria. En ese entonces había dos residencias de psiquiatría infantil, esta y la del Tobar García. Eran épocas jodidas, el Tobar sufría una intervención que destrozó todo y esto quedó como el único lugar de nivel. Este lugar era un reducto del psicoanálisis Kleiniano. Cuando yo llego se empieza a afirmar una especie de oposición, digamos, que es el Lacanismo que empieza a surgir, y lo hacíamos en privado con la gente de mi camada. El Kleinismo había llegado a cierto reduccionismo patético que llevaba a que los pacientes tenían o ansiedad paranoide, o ansiedad depresiva. Todo era una cuestión de qué defensas había, y no teníamos mucho más que decir. La historia personal y familiar contaba bastante poco. Aquellos que queríamos escuchar otra cosa, empezamos a buscar otra cosa. Conste que teníamos un instructor excepcional, que nos hacía leer de todo, el Dr. García que lastimosamente ya falleció.

En el 76 se echa a mucha gente, también se fue mucha gente porque les hacían la vida imposible. Para esa época, en el 77 terminé la residencia. Como quería quedarme dentro del sistema armé una beca de investigación de Psicoprofilaxis Quirúrgica, en particular de los chicos quemados era. Había una sala especial de chicos quemados y de cirugía plástica. Me vinculé con ellos, presenté el trabajo y así fue que realicé la beca.

En el 80, después de los militares, llega el biologismo con el DSM. Las nuevas drogas, un nuevo discurso, digamos. Ahí empieza una lucha tripartita: los Ingleses, Franceses y los Americanos. Los tres luchando por quién tenía razón. Mientras tanto se iban creando cosas, por ejemplo un consultorio de adolescencia que fue interdisciplinario, con los clínicos. Fue una idea de Alejandro Pelisch, que después se fue. También surge el Hospital de día, la sala de juegos, o sea que se van injertando nuevos dispositivos.

Ustedes saben que los hospitales, por lo general, se rigen por el discurso médico y han estado bajo el poder médico. Recién, hace unos años, la Ley de Salud Mental 448

habilita que hayan en puestos de conducción gente que no sea médica, lo cual ocasionó un escándalo... Así que los hospitales siguen siendo reduccionistas.

Yo fui uno de los pocos que de acá superó la tendencia quietista, yo fui rotando, he trabajado en interconsulta, he trabajado en Hospital de Día, en Adolescencia, etc. Cuando me interesa algo voy, aprendo y una vez que termino, voy a otra cosa.

Luego, ante el desastre del 2001, aparece una especie de niño que cae sin red, y hay un abandono colectivo. Ahí la gente deja de pelearse porque ahí nadie podía decir con demasiada autoridad yo puedo con todo el mundo porque yo me las sé todas. Frente a lo que se vino, yo con esto no hago nada. Empieza haber cierta necesidad mutua. Y por decir así, en esto estamos ahora. Entiendo que he sido muy esquemático, pero para darles los grandes vectores.

Ahora, la psicopedagogía no estaba incluida en los grandes despelotes. Por decir así, estaba por fuera de los grandes conflictos. Trabajaban más en forma aislada. En una segunda etapa aparece la división por franjas etarias, las áreas. Después hay una recomposición teórica, hace treinta años, con la línea psicoanalítica y piagetiana. Creo que en estos momentos Psicopedagogía ha logrado una buena inserción interdisciplinaria, ha logrado armar proyectos interesantes, como los talleres de lectura, la encuesta de hábitos lectores, la biblioteca. No se han quedado sentadas viendo como les pasaba por encima el tren. Creo que la Residencia de Psicopedagogía fue una especie de premio a un desarrollo realizado durante algunos años.

¿Cómo ve Usted la Interdisciplina como modalidad de trabajo?

El problema de la Interdisciplina es que en general se juntaba gente de diferentes disciplinas y se les decía, pónganse de acuerdo. Eso requiere a uno que salga de su discurso y se encuentre un discurso común. Por ejemplo, clínicamente tiene tal cosa, psicopatológicamente tiene tal otra; Se discute qué riesgo tiene. Riesgo de seguir perdiendo cada vez más peso, riesgo de suicidarse, ahí todos adoptan el mismo discurso, por eso se discute si hay más o menos riesgo, discutamos si se interna o no. Si no hay un discurso unificador para los diferentes referentes del equipo interdisciplinario, entonces tiene que armarse otra cosa que sería, alguien que está por fuera del grupo, pero que lo supervise, lo coordine y ayude a tomar la decisión final. Una especie de un más uno. El mismo grupo puede designar ese miembro como tal, pero lo ubica en otro lugar. Alguien que en base a todo lo escuchado diga las conclusiones que saco son estas, estas....una mirada abarcativa, pero desde otro lugar. Esos creo que son los avatares de

la Interdisciplina; queda reducida mucho a que cada profesional mire su parte. A mi me parece que el problema de la Interdisciplina es ese, se ha conformado por necesidad; Surge por necesidad de comprender casos muy complejos. Y ha caído muchas veces en pensar que por juntar mucha gente ya está. El problema de la interdisciplina es que muchas veces uno se mete en el terreno del otro. Este es el problema de la incumbencia, uno le dice al otro hasta acá, no te metas. También pasa que si el paciente anda mal es tuyo, si no es mío. Estas desventajas forman parte de la operatoria, si uno no se da cuenta de esto, ahí si es un obstáculo. Si se niega algo dentro del equipo interdisciplinario, explota a través de un síntoma, un conflicto. A veces, puede pasar que el equipo esté estancado, como identificación con el paciente. También la transferencia puede ir variando en cada profesional. En cuanto uno entiende lo que le pasa al equipo, rápidamente el paciente también sale adelante. Tiene que haber acuerdo inicial sobre cuáles serán los parámetros de mejoría, esto puede evitar cierto caos. Uno tiene que tener muy claro dentro del equipo interdisciplinario cómo son las cosas. Si no los conflictos comienzan a replicarse. Si una persona trabaja sola en un consultorio con un paciente, no tiene ninguno de estos problemas, tiene otros.

Acá se ha insistido mucho sobre la interdisciplina, yo diría que a veces se ha convertido en una especie de dogma. A veces son necesarias esas cuestiones dogmáticas, aunque después uno verá las excepciones a la regla. Lo importante es ser dogmático y no dejar de ver lo que está pasando. Por ejemplo si un analista dice que no existe el inconsciente, no hay analista. Si no cree en el inconsciente, será otra cosa, no analista.

¿Nos diría algunas situaciones, actividades en las que se da la interdisciplina dentro de la Unidad?

Hay interdisciplina interna, casi de taquito cuando uno dice, che, viste lo que pasó con este paciente...En el estrecho contacto cotidiano. También cuando nos llaman de internación por ejemplo, para ver un chico con asma, o cuando nos dicen de una sala cualquiera tengo una loca, ¿qué hago?. También interdisciplina es decir no se preocupe, nos vamos a ocupar y usted váyase. En algunos casos esa puede ser la mejor interdisciplina. Lo que sí es cierto, es que con los años el hospital se ha vuelto permeable a que si uno se ofrece y le dice ustedes necesitan algo de parte nuestra, uno ya llega allá con un pedido específico. Así aumenta la demanda y se generan posibilidades de mejores interdisciplina. Porque así uno es convocado más frecuentemente. Ojo, porque a veces para que nos convoquen hemos tenido que primero

preguntarles si querían que vayamos. Hay sectores en donde si no era así, casi tal vez, no nos hubieran llamado nunca. También influye en la personalidad de cada uno, del que llama y del que es llamado. Con el tiempo la gente se fue permeabilizando, y ahora te dicen, ¿por qué no vienen más seguido? Esto es en lo que estamos ahora. Esto también les va a llegar a ustedes, y ustedes sabrán cuando decir que sí y cuando decir que no.

Las actividades en las que se ve la interdisciplina, todos los días, a dura lucha, son, por ejemplo: Los pases de internación, los pases al medio día de adolescencia con los clínicos, las ínter consultas, los trabajos en equipo como el de mielo melingocele, hay varios....y estos son algunos de los que están en constante efervescencia.

Fecha: Martes 4/07/2006

Apellido y Nombre: Dra. Alfieri, Inés y Dra. García Patricia.

Profesión y Cargo: Psiquiatras de planta de la Unidad de Salud Mental

¿Cuál es su experiencia con la Interdisciplina dentro de la Institución?

Inés: Obviamente nosotros tenemos una historia en esta institución ya muy larga, donde la Interdisciplina es algo que se impone; es muy difícil poder empezar a mirar a un ser humano desde una sola mirada; Y es muy difícil, si uno trabaja con seres humanos, sostener miradas tan fragmentadas o tan parcializadas, con lo cual la Interdisciplina es algo que se impone. Ya sea desde el modelo médico, el modelo psicoanalítico, el modelo psicológico o desde cualquiera de los otros abordajes que puedan intervenir en algún momento con relación a una persona. Además estamos en un Hospital General, la estructura del hospital general, de por sí, habla de que se conforma por disciplinas diferentes y que muchas veces se conjugan para poder realizar evaluaciones o diagnósticos, en este caso de un solo niño. Entonces, ya de por sí está dada de cómo se piensa ideológicamente una institución para en este caso abordar un niño en lo que pueda ser su enfermedad; Hablo de enfermedad en este sentido y sin querer hacer ninguna distinción entre salud y enfermedad.

Digo enfermedad porque viene al hospital, porque le pasa algo, un signo o un síntoma que muestra que hay alguna alteración en el funcionamiento habitual o en el desarrollo.

Puede entrar por cualquiera de las distintas áreas, puede entrar por Clínica, por las especialidades quirúrgicas, puede entrar por esta Unidad. Muchas veces se hace el diagnóstico inicial porque tiene determinado signo o síntoma que coincide con esa especialidad, pero luego se comienza a observar que necesita por ahí, de la intervención de otras miradas, de otras especialidades, ya sea clínica o esta otra, la de Psicopatología, que es particular, y entonces es derivado para que pueda ser evaluado. Con esto quiero decir que la Interdisciplina se impone de por sí en esta institución; De ahí a que después se efectivice mejor o peor, esa es otra cuestión.

Esto es lo macro, les cuento la ideología, algunos lo podrán aplicar más y otros menos. Hay disciplinas que se adhieren más y otras menos, pero la concepción es esta.

Y en la Unidad, ¿Se da la práctica interdisciplinaria?

Inés: Hacemos un recorte para la Unidad, acá también tenemos un recorrido de trabajo interdisciplinario. Me acuerdo de Goldemberg, de Maltrato, es lo primero que se me cruza.

Los pacientes llegan acá derivados por clínica, con lo cual hay una disciplina que piensa en nosotros y nosotros también pensamos en las otras disciplinas.

Hablé de Maltrato porque es una de las disciplinas que se integró, también la parte de Clínica, Servicio Social, Traumatología y Psicopatología, también con los otros pacientes graves, trastornos de alimentación, intento de suicidio, excitaciones psicomotrices o urgencias que había en aquella época; y se internaban en la sala, se necesitaba la intervención del clínico y otras especialidades además de nosotras. Después todo lo que venía aquí, en Consultorios Externos, eran derivados para hacer un psicodiagnóstico y un tratamiento psicológico; Muchos llegaban simplemente para eso y aquí quedaban, solamente en este Servicio.

Históricamente antes, los que más tenían inserción eran los que venían así de esa manera, de Consultorios Externos, los de Internación, los de Interconsulta. El área de Interconsulta, es el área de demanda interna, eran todos los pacientes internados que en su momento tenían algún factor emocional por lo cual necesitaban la intervención de Psicopato.

Después se armó una Sala de Juego, no me acuerdo en qué año la armó Silvia, por el ochenta, ya estaba la Sala de juego pero no con la función que tiene ahora, la Sala de juego era nada más que unos pocos juguetes, me acuerdo que llevábamos a los pacientes internados a la Sala de Juego. La Sala de Juego después pasó a tener una función mucho más importante como de acompañamiento de los pacientes, al margen de la interconsulta, sobre todo crónicos o graves como por ejemplo oncológicos que tenían internaciones largas y repetidas. Yo hago todo este recorrido para que sepan que la Institución no se puede pensar de otra manera, después si falla, falla, pero la institución no se puede pensar de otra manera.

Nosotros, hace 3 años, después de la crisis 2001, momento en que aparece una demanda muy importante de patología más grave, teníamos 2 tipos de patologías, una trastornos del desarrollo; O sea, empiezan a aparecer mayores consultas de chicos con desconexión; y otra patología, los chicos enloquecidos, que son los chicos hiperexcitados, hiperactivos, desorganizados, con impulsividad y con agresividad, producto de ruptura de lo que históricamente llamábamos los círculos de contención (desde lo Estatal, social, familiar, institucional). Frente a esto empezamos a modificar la

oferta de los servicios que podríamos brindar en este servicio para estos pacientes. Otro de los factores que tuvo que ver en el aumento de consulta de chicos con desconexión, es el aumento de diagnóstico por parte de distintos profesionales, por ejemplo los pediatras y también otras especialidades. Porque en los últimos años a los Trastornos del Desarrollo o a los Trastornos Generalizados del Desarrollo, más específicamente que son los que resumen el Autismo según la clasificación del DSM, se le ha dado mucha más importancia; se empezaron a tomar más en cuenta indicadores tempranos que después iban a desarrollar cuadros de desconexión. Nosotros preferimos llamarlos desconexión porque no todos son exactamente cuadros de autismo como lo describe el DSM. Cuando hablamos de desconexiones lo hacemos mucho más amplio porque lo ampliamos a lo que ellos llamarían el espectro completo de autismo en su conjunto que no es solamente el TGD. Desde una lectura más Psicoanalítica uno separaría entre Autismo primario, donde uno ya piensa que pudiera haber también partes biológicas que determinen este cuadro, a todos aquellos aspectos que son secundarios a patologías vinculares donde pudiendo haber base biológica componente, el disparador tuvo que ver con el trastorno vincular altamente patológico y severo. Entonces muchas veces hablamos de Trastornos de Desarrollo General, o del Espectro Autista, o de Desconexión; y no TGD, porque el TGD tiene una marca que es la del DSM.

Empezaron a ver muchas más consultas y para atender a este tipo de pacientes en Capital tenemos básicamente dos Centros de atención, el Tobar García y el Hospital de Día La Cigarra. El Tobar, recibe de todo, cuando llegaban nuestros pacientes, derivábamos los pacientes graves al Tobar y quedaban algunos pacientes acá, que eran seguidos como con la idea de la formación de los residentes y concurrentes que tenían un paciente 2 ó 3 veces por semana, los supervisaban; siempre con cierto déficit, en la atención porque se hacía difícil sostener a lo largo del tiempo. Pero bueno, formaba parte del aprendizaje. La Cigarra sigue teniendo una función mucho más acotada que el Tobar, con se hacía más difícil derivar allá, no podían absorber.

En ese momento aparecieron dos escuelas que hacen sus pasantías acá, una de Psicomotricidad y otra de Musicoterapia. Psicomotricidad se incluyó en esta área y Musicoterapia empezó por el área de 10 a 12 años de consultorios externos; Recién habían tenido su lugar porque Blidner les dio el espacio para que hicieran su Escuela Clínica. Nosotros, hace 3 años, después de la crisis 2001, momento en que aparece una demanda muy importante de patología más grave, teníamos 2 tipos de patologías, una trastornos del desarrollo; o sea, empiezan a aparecer mayores consultas de chicos con

desconexión; Y otra patología, los chicos enloquecidos, que son los chicos hiperexcitados, hiperactivos, desorganizados, con impulsividad y con agresividad, producto de ruptura de lo que históricamente llamábamos los círculos de contención (desde lo Estatal, social, familiar, institucional). Frente a esto empezamos a modificar la oferta de los servicios que podríamos brindar en este servicio para estos pacientes. Otro de los factores que tuvo que ver en el aumento de consulta de chicos con desconexión, es el aumento de diagnóstico por parte de distintos profesionales, por ejemplo los pediatras y también otras especialidades. Porque en los últimos años a los Trastornos del Desarrollo o a los Trastornos Generalizados del Desarrollo, Convocamos a una supervisora, Silvia Tocco que es la que sigue estando, ella formó parte de la estructura de Hospital de Día del Tobar, ya no está. Nos dimos cuenta evaluando cada caso en particular, que es lo que nosotros hacemos, una presentación para cada cosa, que no todos los chicos eran agrupables. Estamos hablando de chicos muy chiquitos entre 3 y 5 años, algunos con ausencia de lenguaje, otros con un uso particular del lenguaje sin intención comunicativa, otros chicos extremadamente desconectados con muy poco registro de otro; Pero siempre tenían alguna posibilidad de conexión, que es lo que nosotros evaluamos para la inclusión en este dispositivo, que tengan alguna posibilidad de desarrollo y conexión. Como no tenemos una estructura para patología grave crónica, por eso no lo llamamos Hospital de día; Es un Dispositivo porque está armado a pulmón, entonces, no todos los chicos resultaban en la actividad grupal, por eso empezamos a flexibilizar el dispositivo y empezamos a evaluar caso por caso. Hoy por hoy todos tienen su analista, algunos entran primero por una disciplina individual durante un tiempo y después pasan al dispositivo grupal si es necesario. Musicoterapia en este momento no armó un grupo, porque por las características de los chicos eligió el sistema de dupla, nosotros dejamos que eso lo evalúe cada especialidad porque sabe de qué manera se conecta. El concepto no es de estructura rígida hasta el momento, vemos qué ofrecemos al paciente en función del momento del proceso en el que se encuentra; y seguimos el proceso constitutivo del equipo con el proceso constitutivos del psiquismo del chico. Esta es la concepción, lo podemos hacer porque lo hacemos artesanalmente; esa es la ventaja de no tener orgánicamente ya instituido que tenemos que tratar con estos chicos en un Hospital de día, porque sería otro el marco. El marco nuestro lo construimos nosotros.

Entonces actualmente Musicoterapia está funcionando con duplas, Psicomotricidad tiene un grupo y algunos chicos en forma individual, Psicopedagogía tiene intervención

individual y el Taller de Juego. A partir del año pasado incluimos el Taller de Arte, para lo que convocamos a Graciela que es una excelente colaboradora. El Taller de Arte lo hicimos abierto, no hay sólo chicos del dispositivo, porque la idea para estos Talleres en un inicio era que también pudieran participar los chicos que iban saliendo del Dispositivo, porque así como antes era difícil sostener a estos chicos durante el tratamiento; ahora nos es difícil sacarlos del tratamiento, entonces tenemos que hacer transiciones. Yo lo que noto como situación personal es que nos está costando decidir cómo los sacamos, después del Taller de Arte, ...qué? Lo que hay que trabajar respecto de la Interdisciplina es que 6 a 9, 10 a 12 tuvieran algo que acompañara, pero no lo tenemos; entonces se nos está haciendo difícil. Ya hay 3 que se han ido. Nos estamos encontrando con esa dificultad porque ya han transcurrido 3 años, la idea es que los chicos transcurran ese tiempo en que se define más o menos la escolaridad. Ahora están las chicas que hacen Socialización que por ejemplo van a intervenir para acompañar el proceso de salida; es como que vamos tomando distintos recursos. Es cierto que nos abocamos a un grupo pequeño, pero en el área de 0 a 5 como empezaba a haber tanta cantidad de estos chicos, que no sabíamos dónde ponerlos, decimos armar esto para funcionar interdisciplinariamente.

¿Cómo funciona la interdisciplina?

Inés: Funciona con los altibajos que puede funcionar la interdisciplina, digamos a veces podemos tener más puntos en común y de contacto, otras veces menos. Con las miradas y discursos diferentes de cada disciplina, ahora con Musicoterapia nos internamos en el preciosismo de la palabra, la voz es el instrumento por excelencia, ellos tienen una particular expresión que es muy rica en ese sentido. Las Psicomotricistas, van a tender más al lenguaje más práctico, y eso es muy rico.

Patricia: Por ejemplo presentaron el Ateneo sobre un chico que había tomado una residente, Natalia, y Musicoterapia; El analista fue contando todo el relato del caso, después la musicoterapeuta fue con grabaciones de sonidos de cómo el chico, a medida que aparecía la palabra, había podido pasar de ruido a música, fue muy emotivo, muy impresionante ver el proceso.

Inés: Otro espacio que nos pareció muy enriquecedor fue el Taller de Arte, porque se presta la disciplina, realmente la inclusión fue muy rica.

Patricia: también están los chicos que no son desconectados pero están en esa situación de locura motora, más hiperkinético, que tampoco daba para un tratamiento individual;

entonces se pensó en un dispositivo grupal porque tenían mucha dificultad de violencia, pegaban, mordían; se puso un grupo de Psicomotricidad con un grupo paralelo de padres, donde está una psicóloga y una residente, ese es otro ejemplo de la interdisciplina. Y después tenemos otro de interdisciplina donde trabajamos nosotras como psiquiatras para hacer sólo la parte de Diagnóstico Diferencial y medicación para el área también de 6 a 9; ahí aparecen algunas situaciones complejas, porque el área no cuenta ahora con personas, con terapeutas, son sólo 2 personas en este momento y no tienen ningún dispositivo ni la posibilidad de trabajar con pacientes graves. Entonces había muchos pacientes graves que venían pidiendo Psiquiatría, llegaban a nuestro espacio y tenían terapia en otros Hospitales. Eso se ha hecho muy complejo. Ahí yo te diría que fue el mayor malestar porque no te podías comunicar, el chico quedaba en una situación grave, parte de lo que le pasaba era por violencia familiar y nadie lo abordaba, entonces quedaba que la interconsulta que era si la medicación sí o no, luego la medicación era lo menos importante y no había nadie que alojara la patología familiar. Cuando tenés la interdisciplina que funciona bien, lo maravilloso es que cada uno en su lugar siente que tiene una red de trabajo y para los pacientes graves, no hay otra.

Inés: Por ejemplo cuando en el Dispositivo tenemos alguna discordancia entre distintas disciplinas, automáticamente se ponen en marcha las vías de conexión de la comunicación, porque hay malestar y se hace el intercambio necesario, se restablece el equilibrio, de eso se trata la Interdisciplina; lo que queda como un exceso de un lado se reparte y entre todos podemos hacer una malla de sostén. La interdisciplina para estos casos graves se impone, por donde lo mires, del paciente, del profesional, de la familia, de la institución en su conjunto. Porque ese exceso que altera puede llevar al punto de demandas hacia otras jerarquías dentro de la institución. Por ejemplo quejas del paciente porque no se lo atiende suficientemente, y en realidad el lugar de atención tendría que haber sido otro, pero el otro falló; O sea el nivel de alteración que se produce por no pensar interdisciplinariamente es grande.

En este momento como tal como está definido el Servicio, cada área cuenta con recursos diferentes y no hay una ideología única de trabajo, si bien tenemos todos un hilo conductor, cada área trabaja con su propia ideología; Son compartimentos que quedan como más aislados, son cuestiones que en la reestructuración del Servicio habría que revisar, pero son las evoluciones propias de los momentos históricos de las instituciones.

Patricia: el área de 6 a 9 tenía un dispositivo para pacientes graves de concurrentes que se fueron porque no tenía una figura y se fueron después de muchos años. Pero eso es parte de lo que pasa.

Inés: esta es otra cuestión fundamental, somos un grupo pequeño dentro del Servicio los que somos rentados, tenemos figura legal para firmar, con lo cual se hace complicado.

Patricia se retira para hablar por teléfono y sugiere a Inés contar el caso de Fono de Interdisciplina.

Patricia: Ese es otro caso complicado, aunar recursos.

Inés: Hago un paréntesis. Como no tenemos fono trabajando, una de las cosas que tenemos con los pacientes del Dispositivo es que trabajamos con fonaudiología por el retraso del lenguaje, porque el lenguaje tiene un tiempo institutivo también, no podés prolongar demasiado la espera de lo constitutivo; entonces hay que ir viendo los tiempo. Fono trabaja para todo el Hospital, si bien hay fonaudiólogas, no tenemos fonos que puedan trabajar integradamente con los pacientes del Dispositivo y todos los de Psicopatología. Ahora se dio que nosotros tenemos un grupo, de estos chicos desorganizados, que funcionan los lunes para Psicomotricidad y grupo de padres en paralelo. Fonaudiología armó un grupo, porque ya no pueden abastecer de forma individual, un grupo con estos chiquitos en el mismo horario, como uno no tiene la conexión suficiente en la institución, de golpe empezaron a desaparecer los chicos de acá. No hay una comunicación que esté lo suficientemente aceiteada porque uno no está abocada solo a esta tarea.

(Vuelve Patricia y retoma la conversación).

Patricia: Fono, con tanto derivación, también decidió armar Talleres y se superponen. Lo ideal sería que hubiera Fono dentro del Dispositivo, es lo que nos queda por fuera, porque ellos trabajan con nuestros pacientes, pero no los tenemos dentro del Dispositivo. Sería la pata que nos falta en la interdisciplina.

Inés: Además tenemos todo lo que tiene que ver con los casos legales que tiene que llegar a un pequeño grupo de personas que somos la gente de staff, todo lo que sea abuso y maltrato, es como una especialidad aparte. Cualquier situación comprometida o compleja desde el punto de vista legal, donde se necesita una firma, va a depender de nosotros. El área de 6 a 9 había conformado un grupo que era no rentado y eso hacía que lo sobrecarga volviera otra vez a nosotras porque no podían firmar. Empezaron a haber situaciones complejas donde había que hacer otro tipo de intervenciones y no teníamos quién se ocupara, salvo que una vez nos ocupamos nosotras, entonces no

pudimos hacer más. Es la falta de recursos en este sentido. Que tiene que ver con otros requerimientos que no es la labor terapéutica, forma parte de... por estar en la institución pero no es lo específico. Cuando nos hacemos cargo de lo legal que viene por fuera del área nos excede, ya no vamos por la cuestión de la disciplina. Vos decís, Funciona la interdisciplina?, y sí. Si vos me das las condiciones, funciona maravillosamente bien, si me das la línea directa también funcionaría mucho mejor. Es más, es indispensable. Si te sentás con una persona y pensas que con tu mirada sola es la que va ayudar a la persona, sonaste. Es la peor manera.

Patricia: ni hablar en Psicopedagogía, toda la cuestión escolar, más específica, es fundamental.

Antes era más complicado, con el tiempo se fueron armando las especificidades, que para el paciente es mucho mejor y para la interdisciplina es mucho mejor; porque se pueden armar conjuntos, intersecciones y no se superponen los campos. Si funciona cada una bien en su especificidad está buenísimo, puede haber como una interacción y no una superposición.

Fecha: Viernes 7/07/2006

Apellido y Nombre: Mariel, Franceschi.

Profesión: Lic. en Psicóloga

Cargo: Coordinadora del Area de 6 a 9.

¿Qué piensa usted que es la Interdisciplina?

Para mí pensar la Interdisciplina con ustedes, es pensar la actividad, sí o sí, de poder escuchar a un niño en un grupo etario, como es el de 6 a 9 años. Digamos, no me imagino hacer eso sin que lo hagamos en forma conjunta. Lo digo porque uno de los motivos de consulta más frecuentes en este momento son los problemas de aprendizaje; y me parece que algo que hemos logrado conseguir a lo largo de todos estos años, es poder escuchar a los problemas de aprendizaje teniendo en cuenta lo emocional y no sólo lo cognitivo. Y como esta es una escucha compartida por ustedes y nosotros, me parece que enriquece absolutamente cualquier decisión que podemos tomar con respecto al cuál será el abordaje de este niño. Es decir, si empezará por Psicología o por Psicopedagogía, porque hay algunas cosas que nos diferencian y hacen a la especificidad de la escucha; Pero hay otras que nos complementan, que hacen al lugar desde dónde escuchamos. Para que un niño pueda realmente aprender tiene que tener no sólo la capacidad intelectual, si no también la disponibilidad afectiva como para poder ubicarse ante tantos cambios como son, pasar de la mamá a la maestra, de la familia a un grupo ampliado como es el aula. Y además que subjetivamente esto implica una movilización muy grande, porque una cosa es el aprendizaje no sistemático que se va dando a nivel de transmisión familiar y otra cosa es un aprendizaje pautado, que implica a determinada edad y momento aprender consignas determinadas, fijas en un tiempo y en un espacio. Para mí hacer las admisiones con ustedes es como normal, no podríamos pensar en abrir la admisión sin que halla una psicopedagoga. Esto no es sólo porque la demanda hace que las psicopedagogas tengan que tomar muchos pacientes, sino como les digo, para enriquecer la escucha para definir el abordaje de este chico. Antes decía, que a veces decimos por dónde empezar, esto no es porque no pueda haber en forma conjunta los dos abordajes, de hecho a veces lo hacemos; Pero sí es cierto que si trabajamos lo emocional nos parece importante pensar en la transferencia. Y el tema de las transferencias múltiples requeriría un tema aparte, porque es cierto que se despliega una serie de fenómenos intrasubjetivos tanto del analista, psicólogo o psicopedagogo como del paciente sobre nosotros y de los padres sobre nosotros, que a veces es difícil

de manejar por más que seamos un equipo. Yo en general prefiero hacer algo compartido en la etapa diagnóstica y después definir por dónde empezar, a qué le damos prioridad.

Nosotros tenemos como segundo motivo de consulta el tema problemas de aprendizaje, el primero es problemas de conducta, pero están como muy implicados, porque en el problema de conducta muchas veces está incluido el problema de aprendizaje y en el problema de aprendizaje, por la frustración, está incluido el problema de conducta.

Por eso es medio difícil decir cuál va primero y cuál va después. A veces la forma de enunciarlo es lo que molesta más a la maestra o a los padres. Lo que hacemos muchas veces es escuchar juntas el motivo de consulta, a partir de ahí definimos en forma conjunta por dónde va a empezar el niño. Entonces si empieza por psicopedagogía, lo que hacemos es que también se incluye a una entrevista un psicólogo; o al revés; para evaluar temas que hacen a lo específico de cada uno. Sería como para hacer un análisis compartido pero que va a dar cierta especificidad. Esa sería como la única indicación de porqué empezar algunas veces por un lado o por otro. Después en concreto, la interdisciplina con ustedes me parece natural

Además de las admisiones, ¿Qué otras actividades comparten?

Compartimos supervisiones, a pesar de que el que hace las supervisiones es un psicoanalista, porque en el motivo de consulta está tan implicado el aprendizaje y también porque la formación de ustedes tiene que ver con lo emocional, con pensar el aprendizaje como un síntoma más que el niño pueda hacer, como para mostrar una dificultad que va más allá de lo específico del aprendizaje, abarca lo emocional; Es que me parece que podamos perfectamente compartir también ese espacio.

Después nosotros habíamos armado para este año un proyecto de trabajo con pacientes graves, que implicaba la interdisciplina, como concepto más extenso. Para abordar un paciente grave, un trastorno generalizado del desarrollo, habíamos pensado que la mirada y la escucha estuvieran repartidas no sólo para escuchar lo específico, distinto; si no también para estimular algo diferente. Y a veces apurar los tiempos, porque cuando un paciente así llega a nuestro grupo etario, ya generalmente es más difícil de manejar y llega con un pronóstico más reservado.

El dispositivo implicaba una escucha compartida inicial, al momento de la admisión, como a posteriori, al momento de definir la estrategia terapéutica. Y ahí sí, compartíamos las estrategias terapéuticas, con lo que esto puede implicar en las

transferencias múltiples. Entre el retraso que es muy importante y las zonas a estimular, vimos que a más diversificación puede haber mayor conexión del paciente con el terapeuta específico. Vimos que Musicoterapia era muy importante, para nosotros fue como un descubrimiento de esta disciplina, a partir de ir viendo cómo los chicos se iban enganchando con el dispositivo musical, por ejemplo, cómo se enganchaban con la caja de instrumentos que ellos presentan, a diferencia de la caja de juego. Esto fue algo muy tomado por los chicos y como una vía de acceso facilitadora a lo simbólico muy importante. La psicopedagoga también estaba incluida, desde ya, porque ya teníamos un modelo incorporado. Después incorporamos la Psicomotricidad, que si bien es más frecuente en el área de 0 a 5, también para algunos casos de 6 a 9 era importante estimular las dificultades motoras.

Después habíamos pensado en contar con una psiquiatra, porque el área no tiene una psiquiatra, habíamos puesto como exigencia que necesitábamos una que formara parte del equipo, para no ir a pedir las evaluaciones por favor. Y por último también la inclusión, sí o sí, de la asistente social, para por ejemplo la comunicación con los distintos estamentos, escolares u otros fuera del Dispositivo, incluso los casos judiciales que se dan; queríamos que ahí hubiera un asistente social implicada. La respuesta fue no hay, con lo cual nos pusimos muy firmes y no atendemos este tipo de pacientes en tanto no nos ofrezcan los recursos. Porque pensamos que es la forma seria de abordar una patología tan grave como lo es un trastorno generalizado de desarrollo. Así que ahí sería un modelo donde la interdisciplina se ha ramificado muchísimo más, como un concepto muy respetado por nosotros. En este grupo etario específico hay más demanda de musicoterapia que de psicomotricidad. Esto es lo que diferencia más las áreas, también el área 0 a 5 incluye mucho el trabajo con fonaudiología porque hay más patología del lenguaje. Nosotros también tenemos pero no en la misma cantidad, ellos hacen la interconsulta más frecuentemente. Pero también es una disciplina que podría llegar a formar parte del equipo común.

Además de esta falta de recursos, ¿ Hay algún otro obstáculo de la interdisciplina?

Yo creo que el obstáculo mayor es cuando uno no es un equipo, es decir si son como profesionales aislados, y no es un equipo que se conozca, respeta y comparte como punto de partida, ahí creo que se complica. Ahora si nos constituimos como equipo, a partir de pensar de la misma manera un paciente, creo que no hay dificultades porque cada uno respetará lo específico de cada uno e integrará lo común. En ese sentido no me

parece una dificultad, si no un enriquecimiento que hay si uno logra constituirse como equipo.

Bueno, después el pediatra, es algo como con ustedes; No sabemos si no lo enumeramos porque es obvio que está incluido estando en un hospital general. Hay muchas derivaciones tanto de colegios como desde las diferentes especialidades médicas, o sea que con el pediatra hay una comunicación muy fluida; pero no podemos hablar de equipo porque no es siempre un mismo pediatra el que hace las derivaciones. Sí hay mucha comunicación con la parte de pediatría, yo creo que tiene que ver con que en la formación de los pediatras la parte de psicología está muy presente. Acá el atravesamiento con distintas disciplinas es como más fácil, a pensarlo en un consultorio, porque acá estamos en un lugar donde distintas personas hacen distintas cosas pero estamos interesados en algo común como es un niño con dificultades. Esto está muy facilitado en el Hospital, hay una vía muy abierta a que vos tengas contacto con las disciplinas médicas o no médicas. También hay mucho respeto por parte de los pediatras por el lugar que ocupa toda la especialidad Psi, esto es un trabajo de muchos años, de habernos hecho un lugar y que está absolutamente habilitado por eso nos consulta muchísimo.

La otra disciplina que pensaba como para incluir, es el tema de la Justicia, nosotros estamos muy frecuentemente demandados por juzgados donde nos participan a partir de problemas civiles o penales por problemas individuales o familiares de un niño que generalmente tiene que ver con situaciones de violencia familiar. Así como en 0 a 5 uno de los motivos es el abuso, en nuestra área es mucho más frecuente la violencia familiar. A partir de esta inclusión hay un pedido de diagnóstico importante de los juzgados.

Otra cosa que les dejo abierta, que es un proyecto que vengo pensando hace tiempo, es armar un grupo de reflexión con los docentes, convocarlos al hospital por ustedes y nosotros para empezar a hablar acerca de quién es un niño y qué es un problema de aprendizaje realmente. Sería muy enriquecedor, porque estamos recibiendo pedidos de evaluación porque se los quiere separar a los chicos hasta que se curen, como dicen ellos, a través del tratamiento psicológico o psicopedagógico, y en el mientras tanto queda excluido totalmente. A partir de ustedes está mucho más fluido el vínculo con las escuelas, generalmente la psicopedagoga toma contacto con la institución para escuchar el discurso de la maestra como diferente o igual al discurso paterno. Y con buenos resultados, pero me parece que le falta una vuelteita más.

El dispositivo no es que no puede llevarse a cabo porque faltan recursos humanos, sino porque no se les da un reconocimiento legal; y es muy difícil para trabajar una patología tan grave porque hay que firmar informes, a veces ir a declarar a un Juzgado que requiere de una firma y una matrícula profesional y una identidad profesional. El recurso humano estaría, pero no hay demasiado interés por retenerlo. Esto genera mucho malestar a nosotros y a los pacientes, porque hay que referirlos a otros lugares y hay muy pocos. Es más una falla del Sistema que específica de lo profesional mismo. Se puede pensar en Psicopedagogía, que los recursos sean tan limitados en un área con muchísima demanda como es 6 a 9 tengamos dificultad para que ustedes puedan cubrir la demanda, porque son pocas, porque tienen que rotar. En realidad la disponibilidad y el modelo están en la cabeza pero en lo concreto se dificulta

Fecha: Miércoles 5/07/2006

Apellido y Nombre: Cerrutti, Graciela

Profesión: Psicóloga.

Cargo: Coordinadora del área de 0 a 5 Años.

Cuéntenos cómo es la organización del área.

El objetivo del área de 0 a 5 es cubrir la patología, o las consultas que llegan de niños menores de 5 años, (hasta 5 años y 9 meses); En general suelen ser hasta preescolar, más que por la edad cronológica. Este sería el corte; y si bien se trabaja como área de consultorios externos, los pacientes ingresan por derivación, son derivados por alguien del Hospital. Todos tienen que tener una derivación interna, aunque vengan espontáneamente deben pasar por orientación médica. Vienen de escuelas, de juzgados, derivados por médicos, de otros hospitales... Suelen ser muchos los niños que acá llegan porque hay pocos lugares que atienden a chicos menores de cinco años. Por supuesto, que por las edades se trabaja mucho con las familias, los padres. Se hace lo que haga falta hacer, y lo que se pueda hacer en ese momento y en esta institución.

Las admisiones las hago yo porque la idea es que haya alguien del staff, y del staff (planta) somos tres (Lic. Cerrutti, Dra. Alfieri y Dra. García). Yo me encargo de las admisiones, de la organización burocrática del área y del seguimiento de los pacientes que toman los concurrentes y residentes. Patricia e Inés se encargan del taller de niños con TGD, como son médicas ellas se hacen cargo de este dispositivo. En la admisión, si yo veo algo de esto, los derivo a una segunda admisión que la hacen ellas. También los mando con un terapeuta, ya que todos los chicos tienen un terapeuta que trabaja con ellos. La idea es pensar frente a cada paciente qué tiene el hospital para ofrecerle, y de lo contrario pensar qué hospital puede ser posible. Este es el trabajo de la admisión, que también está allí la asistente social (Graciela Ravizoli) porque hay muchos casos de violencia familiar, abusos, adopciones, guardas y demás.

Formamos un equipo con los concurrentes, rotantes, y hasta el año pasado teníamos residentes que rotaban por el área, pero que ahora no lo hacen más porque se necesitó acortarles la rotación; esto no tiene que ver específicamente con nosotros. Lo ideal es que ese equipo, que tratamos de ser tres o cuatro, de admisión decida y se haga cargo de seguir con ese niño. A cargo del personal del staff quedan los pacientes judicializados, de abuso, etc, porque nosotros tenemos firma autorizada y más experiencia.

La formación más teórica de los concurrentes y residentes pasa por sus respectivos programas, más que por el área.

Cuéntenos acerca de las actividades del área.

Nosotros tenemos supervisiones didácticas a cargo de dos supervisoras. También hacemos todos los años algún taller teórico, como actividad más de formación docente, que tiene que ver con temas que hacen a la clínica. Nuestra tarea más fuerte es esa, atención, diagnóstico y tratamientos.

También tenemos los talleres para pacientes graves, que están organizados al estilo, sin serlo, de Hospital de Día. La experiencia nos mostró que cada vez había más consultas de chiquitos graves, que son los que tienen fallas en la estructura. Debido a que hay pocos lugares que trabajan con ellos, que son La cigarra y el Tobar, y tienen mucha lista de espera, nos vimos obligados a realizar este dispositivo. Porque en esos años de vida, los tiempos son muy importantes. Así es que surgieron los talleres de psicopedagogía, de arte, de psicomotricidad, de musicoterapia, un grupo de padres. Y como somos todos capitanes y marineros, yo coordino el grupo de madres y las médicas hacen el control de medicación (si ésta fuese necesaria)

Tienen tratamiento individual todos los chicos del taller. El resto, que no son parte del taller de TGD, también tienen tratamientos individuales, familiares, en algunos los padres participan del grupo de padres, orientación a padres, en fin, según cada caso. A veces se los deja a fuera como estrategia, sabiendo el porqué.

¿Con respecto a las actividades, en conjunto, con otras disciplinas simultáneamente?

Y, eso se organiza según cada paciente, según su necesidad. Trabajamos mucho con neurología, Fonoaudiología, con niño sano, con consultorios externos. El equipo multidisciplinario se arma en función de lo que traiga el paciente. A veces trabajamos con genética, endócrino, gastro. Pero como los chicos vienen con muchos trastornos del lenguaje, trabajamos mucho con fono. También con cirugía, porque vienen mucho por los pre quirúrgicos.

¿Las interconsultas cómo suelen hacerse?

Se hace lo que precisa cada paciente. En general se trata de tomar contacto con el pediatra, a algunos chicos hay que buscarles pediatra, porque no tienen uno de cabecera.

Lo más frecuente es que vengan a psicopatología como una derivación más, entre otras. Nosotros tratamos de recurrir al pediatra para que se transforme en el centro, que él pueda centralizar toda la información médica con que la gente viene, por ejemplo con los electros que traen y demás. A veces tratamos que ellos sean, y no nosotros, los que reúnan los estudios.

Con algunos sectores las derivaciones están más aceptadas.

También trabajamos con fiscalías, centros barriales, los EOE, los centros de adulto como ser el Ameghino, La Cigarra, Fernández, Rivadavia. Según los trabajos que realizan cada uno de estos hospitales, también derivamos los pacientes adultos. A ellos les pasa lo mismo con los pacientes que también tienen cuestiones físicas, patologías crónicas, por ejemplo diabetes. Porque a nosotros nos es más fácil bajar al primer piso y hablar con el médico.

Nosotros necesitaríamos 2 ó 3 terapeutas de adultos, para cubrir esas madres muy perturbadas que no toman la derivación. Por eso tenemos un grupo de padres en el dispositivo. Porque si uno los manda al Alvarez, por ejemplo, ellos no van. A los adultos también los tendríamos que alojar. Porque como es gente que tiene pocos recursos, incluso psíquicos, si los derivás se desorganizan.

También contamos con el Comité para los casos en los que se necesita.

A veces hacemos diagnósticos en conjunto. Entre Psicología y Psicopedagogía.

Fecha: Miércoles 5/07/2006

Apellido y Nombre: Licastro, Luciana

Profesión: Lic. en Musicoterapia.

Cargo: Concurrente de 4° año y coordinadora del equipo de Musicoterapia.

Antigüedad en la Institución: desde 2002

(Haciendo referencia al grabador)...Para nosotros los Musicoterapeutas el grabador es material clínico. Es un material al que le damos diferentes funciones: por un lado, de análisis de las producciones sonoras-corporales, esto a su vez nos permite ir registrando el proceso de los pacientes, por otro lado es material de transmisión de nuestra práctica, es decir, una forma de transmitir un lenguaje (hemos hecho presentaciones en la unidad y en diferentes áreas a través de lo que llamamos nosotros viñetas sonoras). Por último, es una producción de los pacientes y una estrategia clínica; muchas veces los pacientes piden escucharse y es una intervención clínica “ampliar la escucha” ya que habilita diferentes modos expresivos: el silencio, la pausa; permite la escucha de su propia sonoridad, de la construcción propia.

¿Cómo está formado el equipo?

Actualmente el equipo está integrado por 5 concurrentes. Las primeras ingresamos en el año 2003. Marcela Ferrero y yo somos de esa camada, luego en el año siguiente se incorporó Ana Arias y Julieta Ontivero, esta última desertó al año por cuestiones personales. En el año 2005 se incluyó Dolores Nicola y quedó una vacante libre que no pudimos cubrir, la misma está entrando en licencia y por último Ramón da Silva que se incorporó en el 2006. Hasta ahora está quedando una vacante disponible que intentaremos cubrirla. En resumen, son dos las vacantes por año y actualmente integramos el equipo de Musicoterapia cuatro personas.

No es tarea sencilla la inscripción a la concurrencia, debido a que no está trabajado en los centros académicos, en las casas de estudio. La idea es concientizar sobre este punto en las universidades acerca de la carrera hospitalaria.

Yo tomé la coordinación en Noviembre de 2005. La que inauguró y fundó este espacio presentando un proyecto al actual jefe fue Ana Rigal. Ella estuvo casi tres años y debido a un cambio de residencia Ana me pasó la coordinación. Es por eso que estando en cuarto año de la concurrencia realizo ambas funciones.

Volviendo al tema de la formación hospitalaria, la idea es pensar en términos de un proceso que instale la relevancia de la formación hospitalaria dentro del campo profesional de la Musicoterapia. Por eso pensamos en hacer un trabajo en red con las universidades para que juntos podamos incentivar la continuación de la formación de los recién recibidos, como también concientizar sobre la importancia de la formación. Hasta ahora el acercamiento a las universidades consistía en ir a dar charlas informativas en relación a contar, por ejemplo, duración y plan de concurrencia. El otro día la jefa de Residentes en Psicopedagogía, me comentaba que el equipo hace intercambios a través de jornadas y eso me pareció muy interesante para pensarlo nosotros también. Es otro nivel de intercambio ir a las universidades y presentar casos clínicos. Eso es un proyecto a trabajar, por eso la idea de proceso, como también otro proyecto es el de instalar una instancia de pasantías. Otro espacio de crecimiento profesional es pensar que se pueda también instalar la residencia. Eso también es tema a trabajar.

Debo reconocer que en nuestra comunidad de Musicoterapeutas lamentablemente existe un desconocimiento de nuestra función en las instituciones hospitalarias y es por eso, entre otras cosas, que muchas veces damos respuestas a demandas que están ligadas a otros espacios; por ejemplo de taller, de educación o hasta recreativas. Si bien el Musicoterapeuta puede armar un espacio de esas características, eso no es Musicoterapia disciplinariamente hablando. Eso es “espacio” y/o “taller” coordinado en esa ocasión por un Musicoterapeuta. A esto debe agregársele cierto desconocimiento de nuestra función en la comunidad de profesionales de la salud, donde existen algunas representaciones parciales de nuestro trabajo terapéutico que termina reduciendo la complejidad de la disciplina.

La Musicoterapia proporciona los elementos para que el paciente pueda explorar sus modos discursivos, expresivos, vinculares y relacionales representativos a través de la utilización de diferentes recursos clínicos como la música, el sonido, el cuerpo y los instrumentos musicales. Una de sus finalidades es que el paciente pueda construir y reconstruir nuevas experiencias en base a la relación terapeuta-paciente. Estamos hablando de una disciplina que vincula el arte con la salud y extiende su campo de saber sobre el territorio de la expresión. Desde ese lugar pensamos la clínica y los abordajes terapéuticos en el hospital. Y creo que reducir la práctica a otro espacio es no reconocer su identidad. El trabajo es con nuestra comunidad y con los profesionales de la salud en general.

¿Qué actividades hacen, cómo trabajan?

La palabra actividad me remite a otros ámbitos, por eso prefiero hablar de espacios, ya que puede confundirse y reducirse nuestra práctica a “La actividad de los Musicoterapeutas. Por eso prefiero hablar de espacios.

Nosotros tenemos diferentes espacios en el equipo: la clínica, espacios de formación, supervisión y reunión de equipo. A estos espacios le sumamos los de la unidad de Psicopatología y Salud Mental, los ateneos, cursos, y otras actividades institucionales.

También nos hemos integrado a los espacios de las áreas. Actualmente estamos en tres áreas: el área de 0-5 años, donde nos incluimos en el dispositivo de graves, en las reuniones del área y el espacio de interconsulta con los profesionales que tenemos pacientes en común. También en alguna oportunidad estuvimos en las admisiones. Ese, justamente, es un espacio a construir a futuro.

En el área de 6 a 9 estamos en las reuniones del área, en las admisiones y cuando estaba el equipo de graves también estábamos presentes allí. Otro espacio es la interconsulta con los profesionales. En preadolescencia estamos atendiendo pacientes y realizando interconsulta e intercambiando con los profesionales.

A adolescencia no llegamos todavía. Como tampoco a internación ni interconsulta, en hospital de día hemos rotado y tuvimos una experiencia de dos meses. También en el transcurso de estos años estuvimos en sala de juego donde rotó una musicoterapeuta del Hospital Alvear. Con el tiempo y con una masa crítica de profesionales mayor, podremos ocuparnos de empezar a rotar por otros espacios. Por ahora debido que nos derivan de las tres áreas estamos bastante cubiertos.

Nuestra modalidad de trabajo se inicia con un periodo de admisión y “valoración” del paciente. A partir de allí armamos un programa de intervención que puede ser de abordaje individual o grupal. Vamos realizando entrevistas periódicas con los padres, a veces las hacemos en conjunto con los psicólogos, profesionales tratantes o bien el musicoterapeuta en forma individual.

Este año iniciamos un nuevo encuadre de duplas que consisten en la integración de los pacientes en un espacio compartido con un par. Lo pensamos como un espacio intermedio a una instancia grupal, de mayor contención y cuidado. Luego de la valoración en un proceso de admisión o bien de un recorrido individual del paciente, observamos cuál es la necesidad del paciente. Y a partir de esa observación es que definimos la necesidad de armar una dupla o un grupo, no es una instancia que se planifique previamente a la constitución del espacio vincular.

Con respecto al trabajo con otras disciplinas, ¿Cómo se manejan, hay interdisciplina?

Nuestra práctica se nutre mucho del intercambio con otras disciplinas. Es el modo de concebir nuestra práctica y es también una posición ética.

La interdisciplina me remite a la idea de intercambio, de cooperación, de articulación; Pero ante todo, es tener la capacidad de reconocer las diferencias entre las especialidades. Implica trabajar y aprender de la diversidad y no hacer una nueva identidad abarcadora. Es a partir de las diferencias que se produce un nuevo acontecimiento-conocimiento. Implica escuchar y reconocer estas diferencias, y creo que estamos en un proceso de construcción hacia el trabajo desde el intercambio. Actualmente hay una sumatoria de disciplinas, pero nos falta un recorrido relacional, mayor apertura a nuevas escuchas y al diálogo. Nuestra posición profesional se relaciona con una práctica que nos interroga permanentemente. En cambio hay discursos que se presentan como verdades y certezas ya cristalizadas, tal vez ligado a cierta hegemonía e historia disciplinar. Morin habla de que hay que “ecologizar” las disciplinas y es interesante pensar la interdisciplina desde ese lugar, no como una sumatoria sino como una interrelación.

¿Cuáles serían los obstáculos que no permiten que se lleve a cabo la interdisciplina?

Es una buena pregunta. La idea de preguntarnos es ya un paso y a medida que lo trabajemos en conjunto es otro y en esa construcción vamos a ir obteniendo esas respuestas.

Así podremos ir construyendo y re preguntándonos. Seguramente lleguemos a una instancia donde nos volvamos a preguntar y así sucesivamente. Preguntándonos es que vamos a poder ir construyendo en forma interdisciplinaria.

En los intentos de responder a tu pregunta en relación a cuáles serían los obstáculos; vuelvo a tomar la idea de reconocer las diferencias, quiero decir no integrarlas o sintetizarlas o producir una nueva totalidad más abarcativa, sino aprender de la diversidad.

Nosotros estamos en un proceso de construcción, como equipo y como disciplina. Lo interesante es pensar que ese proceso pueda involucrar a todos los profesionales de la salud y más aún sabiendo que la clínica se va complejizando día a día y que nos interroga a todos sin excepción.

Fecha: Viernes 7/07/2006

Apellido y Nombre: Ravizzoli, Graciela.

Profesión: Trabajo Social.

Cargo: Profesional de planta perteneciente al Área: 0 a 5

¿Cómo llegó Usted a la Institución?

Antes de trabajar en al área de Salud, trabajé en empresas privadas en la sección de Servicio Social al personal. Luego hice un corte y me interesé en Salud Mental. Me especialicé en Salud Mental, me formé haciendo distintos cursos como Terapias Breves, Terapia Familiar, Trastornos de la personalidad, etc., hice un montón. Primero empecé trabajando en el Hospital de Oncología, pero no me gustaba; luego me enteré que había una vacante acá, así que me presenté, pedí la reincorporación y empecé a trabajar.

¿En qué año fue eso?

En 1984. Yo padecí no tener algo organizado como para que me insertara. Era un momento bastante complicado en el Servicio porque se estaba organizando para remover a la Jefa. Estaba todo el Servicio muy convulsionado. Conocí a la asistente social Contreras, que hace poco se jubiló, ella me dio un pantallazo y me ofreció integrarme con ella en algunas entrevistas para que empezara a ver cómo se trabajaba. Mi primer entrevista me acuerdo que fue con una paciente anoréxica grave. A mi nadie me dijo dónde me tenía que insertar, conocía qué sectores había pero no sabía dónde estaban ubicados. En ese momento se trabaja, como ahora, en áreas por edades. Yo preferí el área de 0 a 5 porque me gustaban más los chicos chicos y también por mi formación. Por el trabajo, pasa más por el trabajo con los adultos. A esa edad trabajando con adultos podés apostar a una recuperación porque son chicos. Cuando son más grandes es más complicado porque la patología está más instalada. Tenía la desventaja de que nadie me decía nada, pero tenía la ventaja de poder elegir. Ahí me integré a trabajar en todas las actividades del área. Me sentí bien desde el principio, yo venía con la experiencia de haber trabajado en equipo. Para mi no era novedad. Para ese momento Inés y Patricia estaban terminando la residencia. La demanda que empezó a llegar mucho tenía que ver con Situaciones de Alto Riesgo, Violencia, Abuso y otras situaciones complejas como el alto grado de Negligencia. Desde entonces trabajamos en equipo. La patología cada vez se complejiza más, lo he visto a lo largo de los años. La demanda es otra, mucho más grande y más grave. Es como que los padres no registran a

los hijos en tanto niños, dicen que son hiperactivos, que juegan todo el día!!. Esto de ver las actividades naturales del niño como sintomáticas antes no se daba, por ejemplo.

¿Cómo es la modalidad de trabajo del área?

Desde que se organizaron los Talleres y empezó a funcionar el Dispositivo, Graciela y yo hacemos las admisiones del área. Nosotras vemos primero los supuestos TGD, porque no todos lo son, pese a que derivan con ese diagnóstico. En caso de que sí los sean luego Patricia e Inés hacen una entrevista más de corte psiquiátrico, que es su especialidad. Anteriormente a esto, para las admisiones cada una tenía un día en la semana, y yo también he realizado admisiones de esa manera.

Ahora que está definida esta organización, los pacientes de riesgo los tomamos Graciela Cerrutti y yo; Los pacientes que vienen con oficios judiciales los tomamos alternadamente con Patricia e Inés. También tomamos pacientes cuya problemática tiene que ver con el lenguaje o problemática familiar. En general, la forma de trabajo es hacer la entrevista a padres junta y también muchas veces me integro en las horas de juego, no sólo con Graciela, sino con todas. Luego intercambiamos. En especial en los casos de Abuso y Violencia, porque son problemáticas pesadas y realmente si uno no puede compartir, se dificulta el trabajo, es como demasiado. Hay padres con perfiles muy complicados, cuadros psicopáticos muy complicados, y a veces siendo dos te sentís más respaldado. Lo importante es que hemos podido tomar la misma línea al hacer las entrevistas conjuntas, poder tomar el mismo modelo de trabajo. Nos hemos ido formando juntas. Nunca ha pasado de tener dificultades al trabajar en conjunto, porque yo tengo una mirada que complementa la mirada del psicólogo para un diagnóstico. La Mirada mía apunta fundamentalmente a los vínculos, a las relaciones, a la inserción dentro del sistema familiar y social del paciente. Cómo determinadas situaciones, crisis vitales o diversas contingencias pueden estar influyendo o no en la situación que se está planteando. Hay un aspecto que tiene que ver con la cuestión de comprensión psicoanalítica, pero eso es desde una línea, diría yo, más horizontal. En cambio mi pensamiento es más circular, tiene que ver con la Línea Sistémica. Pero cuando charlamos sobre el paciente se complementan perfectamente estas dos miradas.

Luego me incluyo en las reuniones de área, los ateneos y las supervisiones. Como están viniendo las cosas no se puede tener una sola mirada. Y por otro lado también, se necesitan cosas de tipo más operativo, hasta intervenciones más operativas que por ahí un psicólogo no podría realizar. Como lo que es convocar a las redes de contención

social y familiar y de inserción social; armar redes con los centros de Gestión y Participación, las ONG, Judicial, etc.; Porque poder preservar a un chico en espacios que se adecuen a las necesidades y le brinden una actividad, también forma parte de la estrategia terapéutica.

¿Y con psicopedagogía cómo es el trabajo?

Trabajé con María Toccalino. Ella me convocó porque tenía un paciente con una familia muy complicada; el tratamiento estaba estancado, porque el nudo estaba en la problemática de la pareja conyugal. El chico estaba muy involucrado en esa problemática. Entonces había que hacer intervenciones de otro tipo. Yo me incluí en el tratamiento para trabajar con los padres, realmente había una patología grave por parte del papá y de la mamá. Me incluí en esas entrevistas para trabajar con la familia ampliada, para ver a quién se podía o no convocar. En el caso de trabajar con familia ampliada me incluyo siempre. María siguió con el tratamiento del paciente y, a la vez, periódicamente hacíamos las entrevistas con los padres. El objetivo era que el padre pudiera ser evaluado para medicarlo en su domicilio, porque lo mandábamos al psiquiatra y decía que no lo encontraba; tenía episodios de descontrol violentos. En este punto mi aporte se da porque manejo recursos de otras instituciones que permiten este tipo de intervenciones. En este tipo de estrategias es dónde me incluyo. Cuando la situación empezó a mejor, el paciente pasó al área de 6 a 9.

En general la inclusión mía tiene que ver con estrategias terapéuticas y operativas posibles cuando las que están en camino no están funcionando. En este punto se hace un replanteo de la estrategia, o sea, un Diagnóstico Situacional con lectura sistémica. También tomé un paciente con una concurrente. Se trataba de un chiquito que había sido criado por la tía. Porque la madre se lo había entregado de bebé, pero esto nunca se había blanqueado en el grupo familiar. Este paciente tenía conductas de Alto Riesgo, como prender fuego dentro de la casa, desaparecía y se iba a las vías del tren. Para esto lo que hicimos fue blanquear la situación, primero trabajamos con la madre biológica para que blanqueara la situación. Cuando se abrió el tema trabajamos orientando a la madre biológica sobre cómo plantearlo a la familia y al paciente. A partir de ahí cesaron las conductas de riesgo. Cuando el paciente mejoró, se interrumpió el tratamiento del chico con su terapeuta y seguimos trabando con la familia. En este momento estamos trabando sobre la legalización porque el nene quiere tener el apellido de las padres de

crianza; en este punto damos orientación acerca de cómo manejarse y dónde dirigirse para que la madre biológica pueda ceder la Guarda provisoria.

En familia se deja bastante tiempo entre una intervención y otras porque es necesario, hay que dejar tiempo para que se metabolice.

La verdad que trabajamos muy bien interdisciplinariamente, estamos en permanente intercambio. Cuando abordo un paciente conjuntamente con otro profesional, a veces me incluyo en las supervisiones.

¿Encuentra algún obstáculo o desventaja en el trabajo Interdisciplinario?

Desventaja no encuentro ninguna, como obstáculo encuentro la falta de tiempo y la cantidad de demanda. No sólo está el tiempo material, de horario de trabajo; también hay un tiempo interno mental, emocional de capacidad de resistencia que pesa mucho aunque uno comparta el trabajo. Suponiendo que me extiendan el horario de trabajo, no sé si podría ser operativa, seguir pensando alternativas terapéuticas, por la carga que estos pacientes te traen. También está la falta de recursos de asistencia y humanos, somos poco personal de planta, sé que está pedido que se nombre personal y material.

Fecha: Martes 11/07/2006

Apellido y Nombre: Hosni, Aldana.

Profesión: Psiquiatra.

Cargo: Jefa de Residentes de Psiquiatría.

Antigüedad en la Institución desde 2001. Fue Residente y actualmente es Jefa.

Nuestro tema es la Interdisciplina. Por eso nos gustaría que nos cuente acerca de la modalidad de trabajo en las áreas, especialmente en las de 0 a 5 y en la de 6 a 9.

En las áreas de 0 a 5, y de 6 a 9 es en las que menos contacto tuve con psicopedagogía. Esto se dio por los pacientes, son las casualidades de la vida. En 6 a 9, con una paciente que la sigo viendo ahora, en un momento pedí la interconsulta con Claudia Kozicki (Psicopedagoga y Psicóloga), y en 0 a 5 nunca se dio. Luego, en adolescencia sí, le pedí bastante a Marta (Caballero, coordinadora de psicopedagogía).

Si tendría que definir, o explicar, lo que es la interdisciplina, ¿Cómo lo haría?

La interdisciplina yo la entiendo como diferentes profesionales que trabajan cada uno con su marco teórico y su especificidad, pero que se concentran por un mismo objeto en común. Aportan o intercambian bajando el lenguaje, con conceptos en común. Esto enriquece la posición que todo el equipo toma, con relación a ese objeto en particular. El abordaje en interdisciplina me parece más rico que el individual. Pero esto es si funciona bien. Lo importante está en que cada uno de los participantes tenga ganas, porque esta modalidad exige poder discutir, defender tu postura dentro de la disciplina, pero sin cerrarte y pudiendo escuchar al otro.

A mí me pasaba mucho que, por ejemplo, médicos de otras disciplinas creen que tienen "El Saber", como si fuese un absoluto, y no es fácil intercambiar desde ahí. A no ser que venga algún profesional desesperado sin saber qué le está pasando a algún chico, y ahí sí te piden que les aclares lo que pensás.

Lo básico para un trabajo interdisciplinario es que todos los profesionales tengan ganas de trabajar de esta manera, si no, es mejor que no se trabaje en conjunto.

¿Cómo ve el trabajo en conjunto entre las distintas disciplinas?

Yo creo que no es lo mismo mi modalidad de trabajo ahora, que hace cinco años cuando ingresé. Si yo pienso en la cantidad y tipo de pacientes que tenía hace cinco años, creo que a la mitad pediría, hoy en día, interconsulta a psicopedagogía para que hagan una

evaluación específica. En su momento no lo hice porque ni yo sabía en que me beneficia eso, ni tampoco en qué situaciones era pertinente. Recién estaba aprendiendo lo que era psiquiatría de chicos. Nuestra salida de la carrera de Medicina es muy distinta a como salen de Psicología.

Respecto de Psicología, nosotros trabajamos mucho con ellos. Entramos a la vez 3 y 3 de cada uno, somos del mismo año, tenemos supervisiones juntos. Al trabajar tanto juntos y conformar un "grupo", ese conocimiento nos permite entendernos más. Por ahí en privado no tenés esta posibilidad. Acá se trabaja muy bien; al ser la residencia como una universidad avanzada, también está presente el compañerismo, nos juntamos afuera. Eso hace que escuches distinto lo que tu compañero dice. En general con Psicología trabajamos muy bien. Creo que el pasar por acá (Hospital) te ayuda a ubicar cuando recurrir y a quién (qué especialidad).

Yo ingresé como residente, y desde ahí que ya tengo el contacto con Psicología. Compartimos muchos espacios de formación. Esto facilita nuestro trabajo en conjunto. Tenemos un ateneo de residentes en el que se presenta material clínico, actividades en talleres que también son en conjunto (Ej. Invitamos a Hugo Midón). Nuestro día de formación es el Miércoles: tenemos un curso que está organizado por mí y por la jefa de residentes de Psicología, tenemos el ateneo del que antes les hablé, tenemos una Asamblea general de todos los Residentes (psicología y psiquiatría) en la que charlamos cuestiones de "agenda" y de convivencia, como ser el baño, la biblioteca. También los Jueves tenemos los psiquiatras nuestro espacio donde, trabajamos acerca de lo específicamente psiquiátrico, por ej. fármacos. Después tenemos las supervisiones nuestras (residentes de primer año supervisan todos juntos y las organizamos las jefas, los psiquiatras también tenemos nuestras supervisiones con otros psiquiatras, el resto de los residentes eligen si supervisan en un espacio en común o en forma individual), y también están las supervisiones por áreas.

Ahora se sumó un espacio más, que empezó en adolescencia. Espacio de supervisión para, y por, psiquiatras. Es una supervisión mensual. También vienen los de internación, y todos aquellos psiquiatras a los que les interese (de la residencia).

¿En qué casos cree que es pertinente hacer una interconsulta a psicopedagogía?

Primero porque en 6 a 9 uno de los motivos por los que más vienen es por problemas de aprendizaje, fallas en la escuela, en fin, como los llamen. La mayoría dicen que es emocional. Pero yo creo y prefiero que alguien que ve chicos con trastornos en el

aprendizaje, haga una evaluación y que ella me diga: yo no encuentro nada específico del aprendizaje o sí, mirá, tiene algo cognitivo. Esto me facilita mi trabajo. Así también, cuando tengo dudas con mis pacientes acerca de si tienen algo orgánico, también hago una interconsulta con el neurólogo. Es la premisa nuestra: descartar lo orgánico antes de hacer un trabajo psiquiátrico. A mi me sirve para seguir trabajando en mi campo.

Una de las ventajas de hacer interconsultas, entonces, sería poder trabajar con más claridad; ¿Cuáles podrían ser las desventajas?

Y, por ejemplo, me ha pasado de pedir una evaluación psicopedagógica y obtener otra evaluación psicológica. Esto a mi no me sirvió, porque para eso se lo hubiese pedido a una psicóloga. Creo que también depende del lugar en el que estés y la persona a la que se la pedís. También hay que tener en cuenta que ahora tenemos residencia de psicopedagogía, antes no lo teníamos esto. Con los años, y en la misma inserción hospitalaria, uno también aprende a quién pedir y qué pedir.

El resto de las desventajas, la verdad que no sé. Es importante por ejemplo, acordar términos, ver de qué está hablando cada uno. Pero eso depende de las personalidades y predisposición de cada uno. Porque si uno piensa en interconsulta funcionando bien, no habrían desventajas. De hecho creo que hasta sería buenísimo que ustedes también estén en las admisiones. Porque incluso que haya una concurrente, y no alguien de planta con experiencia, creo que no permite la discusión entre pares, de igual a igual. Es importante que una psicopedagoga en la admisión también pueda plantear su mirada. No me parece que sea parejo una discusión entre algún profesional de planta y otro en formación, como ser un residente o concurrente.

A nosotros, los de psicopato, nos pasa que cuando nos ponemos hablar con gente de planta, estamos en una situación muy despareja. No es lo mismo hablar con otro residente, ahí sí hablás de igual a igual. Las discusiones no son lo mismo entre gente de planta y residentes; que entre los mismos residentes.

Antes recurría sólo a psicopedagogía para tener un CI para sacar un certificado de debilidad mental. Y en general quienes lo hacemos en la mayoría de los casos somos nosotros, y no gente de planta.

Fecha: Viernes 14/07/2006

Apellido y Nombre: Caballero, Marta.

Profesión: Lic. en Psicopedagogía

Cargo: Coordinadora General de Psicopedagogía.

Area de inserción: Adolescencia.

Antigüedad en la Institución: desde Marzo del año 1979

¿Qué cree Usted que es la Interdisciplina?

Pienso la Interdisciplina como distintas miradas, desde cada una de las diferentes especialidades, frente a un paciente. Estas miradas no tienen que ser separadas, como consultas; Si no conjuntas, para poder pensar a un paciente en su totalidad. Interdisciplina es poder pensar a un paciente entre todos y a partir de allí definir cuál es la estrategia a seguir; decidir qué tipo de intervenciones se hacen. Sucede, a veces, que frente a un paciente la mirada es Interdisciplinaria y luego sólo un profesional es el que opera sobre él. Esto también es Interdisciplina.

Cuando muchos profesionales abordan a un mismo paciente solamente desde su especificidad; Esto, al contrario, habla de la no Interdisciplina. Cada uno mira su campo y no contempla al paciente integralmente, así se produce una fragmentación. Esto no significa que pacientes complejos, como por ejemplo los Trastornos del Desarrollo, requieran al mismo tiempo la intervención de diversos profesionales. Los abordajes de patologías graves que hacemos en el Hospital son hechos desde diversas disciplinas simultáneamente; la cuestión más complicada es cómo coordinar todas las miradas para que no se superpongan y no se tiren al paciente.

Hay diversas cuestiones que intervienen con no poder trabajar interdisciplinariamente que, a veces, no tienen que ver con la comprensión del paciente, si no con los espacios de poder, con la flexibilidad de pensamiento.

¿Cómo ve Usted la inserción de Psicopedagogía dentro de las modalidades de trabajo en las áreas 0 a 5 y 6 a 9?

Hace muchos años que mi inserción es en el área de Adolescencia, con lo cual no estoy empapada de la cotideaneidad de dichas áreas, puedo hablar más de las áreas: Pre adolescencia y Adolescencia que es donde me inserto. De todas formas creo que al estar por fuera, también se tiene una mirada interesante. Tal vez uno escucha más la cuestión de los obstáculos.

En primer lugar considero que en todas las áreas hay recepción y demanda de Psicopedagogía, que se valora nuestra disciplina desde la diferencia, lo cual creo que está bien. Personalmente peleo para que, cada vez, tengamos una mirada diferenciada, a fin de que no aportemos más de lo mismo. Porque si uno pierde la especificidad, luego no puede pretender que se lo convoque por lo específico. Hago esta referencia porque creo que históricamente a nosotros esto nos ha pasado mucho. Yo busco que cada vez tengamos una mirada más específica, aprender todas las cuestiones propias de nuestra Clínica, que tiene que ver con lo Cognitivo. Lo que no significa que no haya que tener una mirada integradora, sin dejar de lado los avances científicos, que me parece, es fundamental. Esto se pide cada vez más en el Servicio, aunque son psicoanalistas, muchos ortodoxos, reconocen que si van a consultarnos no lo hacen para lo mismo que ellos ya saben; si no para que podamos aportar algo diferente. Lo cual es básico para la Interdisciplina, porque de otro modo se da una fusión donde todos hacemos lo mismo, que tampoco es Interdisciplina. Esto también pasa, es una de las complicaciones de la Interdisciplina, hay que tratar que no se produzca. Sería un momento, en la construcción de un Equipo Interdisciplinario, que se necesita para lograr los acuerdos más básicos.

Asocio esta cuestión porque creo que, a veces, los obstáculos respecto de la Interdisciplina en las áreas 0 a 5 y 6 a 9 tuvieron o tienen que ver con esta indiscriminación. Es una de las cuestiones históricas que observo. Probablemente porque, durante muchos años, el Psicoanálisis era lo único en lo que uno se podía formar; no había tantos avances en cuestiones más específicas. La comprensión pasaba por la significación, y nosotros hacíamos nuestra formación en lo que en ese momento estaba disponible

Actualmente tenemos muchas otras cosas que aportan, como las Neurociencias, lo que ha generado demandas mayores, en todo el Hospital, y uno tiene que poder dar cuenta de nuestra especificidad.

En el área de 6 a 9 estuvo como coordinadora de Psicopedagogía, durante muchos años, Claudia Kozicki; que finalmente hizo su elección por el Psicoanálisis. Su mirada tenía que ver con esta posición, lo cual quizás generó una determinada modalidad en Psicopedagogía que no todos tenían. Si bien respeto mucho intelectualmente a Claudia, con el tiempo fuimos tomando, desde lo epistemológico, posicionamientos distintos. Esto fue sucediendo a lo largo del tiempo, antes no era así, todos pensábamos el problema de aprendizaje desde el mismo lugar. En un determinado momento esto se separa, lo cual es normal; y creo que le fue imprimiendo a cada una de las áreas un

perfil distinto, tuvo efectos. Lo que a mi se me demanda como coordinadora es una respuesta diferenciada en relación al campo de la Psicopedagogía.

Por otro lado también hay cuestiones de poder en las áreas. Pienso que muchas veces, desde lo afectivo, se nos escapan cosas respecto de las diferencias de posicionamientos que se vinculan más con lugares de saber que se quieren conservar, con cuestiones que vienen por otro lado.

En el área 0 a 5 creo que está más construida la diferencia, se nos consulta desde ese lugar porque María Toccalino siempre construyó más claramente esta cuestión, ella también en los últimos tiempos comenzó a profundizar en lo que tiene que ver con las Neurociencias.

Fue un quiebre bastante importante, que se dio de manera paulatina y tuvo bastante resistencia en ese momento, luego cada uno fue optando.

Yo digo esto pero no reniego de tener una mirada integral ni de los aportes del Psicoanálisis que hace a la comprensión y al abordaje de los pacientes. Desde la Clínica Psicopedagógica uno no puede dejar de saber cómo manejarse con los padres, cómo tener un posicionamiento clínico. Porque también sucede que se hacen actos horribles en nombre de las Neurociencias.

Veo que es un camino, que hay mucho construido, ya no está la confusión respecto de qué hacen las psicopedagogas y los límites con el campo del Psicoanálisis. Era mucho más confuso, creo que ya no circula tanto.

Con respecto a la práctica cotidiana, ¿Cómo se ve el trabajo interdisciplinario?

Hay mucho de Interdisciplina informal, muchas cosas que se resuelven en el pasillo, en el bar, por teléfono desde la casa, es decir, por fuera del Hospital. Lo cual también creo que tiene que ver con que hay gente de planta que está hace muchos años y la mayoría tenemos vínculos por fuera del Hospital. Considero que esto colabora en el intercambio, y también tiene su contrapartida porque a veces se mezcla la profesional y lo personal. Entonces, creo que la Interdisciplina se da mucho desde los aspectos informales. De todas formas me parece que hay dispositivos para dar lugar a las distintas miradas, como las reuniones. También cuando se trabaja con otros sobre un mismo paciente, los encuentros tienen que ver con poder compartir e intercambiar. A veces no se da, es entonces cuando auxilio a gente joven que se quedó en medio de una situación complicada. De todas maneras no es lo más habitual, son situaciones donde fallan los dispositivos, que siempre son perfectibles.

Donde más criterio de Interdisciplina veo, con gente que lo trabaja hace años, es en Adolescencia; y de todos modos hay fracturas, por momentos se “pierde” la ideología. Porque hay mucha demanda, se acogen más pacientes de los que se pueden tomar, no se puede hacer un filtro en la admisión; sea debido a presiones del Hospital, del Jefe e incluso a presiones propias. Somos del Hospital de Niños y en el imaginario circula que uno tiene que poder todo, y creo que de alguna manera internalizamos esto.

¿Cree Usted que el trabajo Interdisciplinario tiene que ver, o no, con la personalidad de cada uno?

Desde mi experiencia creo que sí, la flexibilidad cognitiva es básica; El poder descentrarse del propio punto de vista, aceptar diferencias y otros pensamientos. A veces no se está de acuerdo y sin embargo, hay cuestiones que hay que aceptar. Por ejemplo, en el consultorio estoy trabajando con un paciente muy complicado, con muchas presiones desde la escuela. En un momento dado quería que se consultara a Psiquiatría porque quizá con una medicación, aparte de todo lo que se está haciendo, se podía beneficiar. Pero presiones del analista de los padres hace que esta estrategia no se tome. En estas circunstancias, no fuerzo, porque si puedo seguir trabajando, sentir que hago algo sin tironear, bárbaro.

También he tenido situaciones de trabajo en las cuales no compartía ideológicamente nada con los otros compañeros; en ese punto uno se cuestiona. Es decir, tiene que haber acuerdos ideológicos básicos. Uno en determinado momento se plantea el correrse porque se encuentra haciendo cosas que van en contra de sus principios; se debe pensar hasta dónde pueden aceptarse las diferencias, o hasta donde hay cosas éticamente inadmisibles.

¿Cree Usted que hay disciplinas más propensas al trabajo interdisciplinario?

Creo que la formación de base da más o menos posibilidades de estar abierto a una modalidad de trabajo interdisciplinaria. Considero también que para trabajar interdisciplinariamente hace falta mucha seguridad, muchas veces creo que uno siente que “debe” introducir su propia disciplina porque es uno mismo el que está tratando de construir eso. Me parece que es más fácil cuando uno ya ha recorrido un trayecto, a diferencia de los primeros momentos cuando uno se recibe donde tiene que construir más lo propio. Cuando uno intercambia con otros lo hace desde lo que ya construyó.

Por ejemplo, a mi siempre me resultó más fácil trabajar con los médicos que con los psicólogos, porque tienen más apertura. La hegemonía del pensamiento Psicoanalítico atribuye todo lo cognitivo al posicionamiento subjetivo, entonces muchas veces es más difícil que con los médicos, que no tiene esos preceptos. Ellos piensan que la cognición se construye con un montón de cosas, entre las que están los aspectos emocionales y vinculares. Cuesta más trabajo que los psicólogos contemplen los avances de las Neurociencias, que los médicos.

Me parece que hay mucho por construir en todos los equipos, que siempre va ser perfectible. Porque hay también cambios históricos. Nosotros escribimos un artículo para la Revista del Hospital sobre el recorrido de la Interdisciplina en el Servicio, de los momentos históricos del equipo. Porque por ejemplo, de golpe aquí cambió mucho la demanda, entonces se hizo un quiebre en la Interdisciplina, nadie sabía muy bien qué hacer con la complicación de la patología. Antes los que consultaban a Psicopedagogía eran chicos con familias endogámicas, que no facilitaban la salida al afuera y esto en la adolescencia era crítico. Eran chicos como más atontados, con poca autonomía de pensamiento. Actualmente los chicos llegan “desarmados” con una cuestión transgresora que encubre una precariedad muy grande. De este modo los acuerdos que se habían armado, se rompen; y esto implica una reflexión sobre la propia práctica constante. Además, por suerte los equipos son móviles, entra gente nueva, con otras formaciones, lo que hace que uno siempre tenga que estar construyendo acuerdos. Trabajar con otros, sea de la misma u otras disciplinas, siempre implica flexibilidad cognitiva, tramitar la diferencia.

La demanda ha cambiado para todos los equipos, no sólo en Adolescencia, y no obstante hay equipos que conservan el mismo tipo de abordaje que ofrecían antes; porque adaptarse al contexto da trabajo.

¿Qué cree Usted que ayudó a que en Adolescencia se constituyera un Equipo Interdisciplinario de forma distinta a las áreas 0 a 5 y 6 a 9?

Alejanro Pelisch fue uno de los creadores del Servicio, que desde el inicio fue pensado de ese modo. Estaba contemplada la ideología Interdisciplinaria, los acuerdos básicos desde antes de su creación. Me parece que también hace diferencia que en el equipo haya médicos pediatras y si bien hay psicólogos, no hay médicos psiquiatras. Creo que esto también hace una diferencia.

También hay obstáculos. Hay como una tendencia que al ser el grupo más chico, se es más vulnerable. Yo tenía pensado ahora hablar con la coordinadora de Psicología, y esto también hace a la Interdisciplina.

Fecha: Lunes 17/07/2006

Apellido y Nombre: Raimondi, Mariana.

Profesión: Psicóloga

Cargo: Jefa de Residentes de Psicología.

Antigüedad en la Institución desde 2002. Fue Residente y actualmente es Jefa.

El tema de nuestro trabajo es la Interdisciplina. Por eso quisiéramos que nos cuente cómo es la modalidad de trabajo en las áreas de 0 a 5 y en la de 6 a 9.

Con respecto a la inserción de la Residencia fue cambiando en estos últimos años. No es lo mismo a lo que era cuando yo entre, hace cuatro años, nosotros teníamos un programa por el cual pasábamos nueve meses por 6 a 9, después otros nueve meses por 0 a 5, luego nos íbamos a rotar y cuando volvíamos ahí pasábamos por adolescencia, internación y en paralelo interconsulta. A raíz de que hubo que modificar el programa porque había que, como bajaron desde Capacitación, incorporar otra rotación que fue la de re socialización y rehabilitación, se modificó el programa y ahora la Residencia no rota por 0 a 5. Ahora rotan todo el primer año por 6 a 9; También toman dos pacientes de 0 a 5, pero sin ir a las reuniones del área ni a las supervisiones. Esto es para poder conocer un poco la clínica de pacientes más pequeños. Uno de estos dos pacientes, la idea es que sea del dispositivo de niños graves, también para conocer cómo funciona ese dispositivos que es algo diferente. Cuando yo roté en 0 a 5, hace más de tres años, este dispositivo no existía aunque los pacientes graves también estaban y recibían tratamientos psicológicos individuales. Este dispositivo requiere de un trabajo más interdisciplinario, más integral. Esto también tiene que ver con que en el área empezaron a incorporarse gente de psicomotricidad, y los primeros musicoterapeutas, pero no estaba armado de esta manera (refiriéndose al dispositivo). Como con este dispositivo cambiaron mucho las cosas, por eso es que nos parece importante que uno de los dos pacientes que toman del área de 0 a 5 sea de graves. Con respecto a la rotación de re socialización y rehabilitación, que se hace en el segundo año, están divididos: algunos residentes van al Hospital de Día de adolescencia, y los otros tres se incorporan en este dispositivo de 0 a 5 pero no para hacerles tratamientos individuales, sino para pensar algo de la salida, del egreso, justamente pensarlo desde la re socialización. También, con los que aún no están para salir, se piensan otros espacios por fuera del Hospital que serían beneficiosos para estos chicos. Estos tres residentes se insertan en 0 a 5, pero sin ser terapeutas. Por ejemplo hay una residente que ahora está

en el taller de juego, otras dos están en el taller de padres. La idea es que puedan armar algún otro taller. Esto sería cómo se insertan estas dos áreas.

Con respecto al trabajo en conjunto entre diversas disciplinas, ¿Cómo lo ve en las áreas de 0 a 5 y de 6 a 9?

Me parece que ahora está mejor, está más aceitado en 0a 5 porque es como si hubieran armado un área con esas características. Este dispositivo del que les hablaba está pensado de esa manera, interdisciplinariamente. Los chicos pasan por distintos espacios. Me parece que en la época en la que yo era residente, la modalidad era más de interconsulta. A lo sumo, en casos graves te acercabas y pedías algo a otras disciplinas, pero igual quedaba más del lado de la interconsulta. Es distinto a como está planteado ahora el abordaje del paciente, que la modalidad ya es con otra concepción. En este sentido lo veo más en el área de 0 a 5. Creo que en el área de 6 a 9 estaban empezando a armar algo de esta modalidad, pero como está con algunos problemas institucionales, que tienen que ver con mucha gente que estaba trabajando ad honorem y bueno ya no van a seguir con estas condiciones. Ellos estaban justamente armando algo de esto, eran de esas especialidades. Ellos se encargaban del trabajo con los pacientes más graves y podrían haber armado algo similar al de 0 a 5. Me parece que ahora las modalidades entre las áreas son más diferentes, que cuando yo estaba como residente. Antes la diferencia tenía más que ver con los estilos de cada coordinadora de área. Ahora la diferencia es mayor. La modalidad de trabajo es muy distinta.

¿Cuáles serían las actividades en las que se ven estas diferencias entre las áreas?

Yo creo que justamente este dispositivo de niños graves. Tomo esto porque me parece que con los otros pacientes, el manejo es similar; Por otra parte son chicos que no necesitan tantos espacios diferenciales, ni distintos abordajes. También en 0 a 5 hay un grupo de padres que no es de pacientes graves si no que son padres que tienen hijos con dificultades en el cuerpo, no son TGD, no me gusta llamarlos a todos con un nombre, pero por así decirlos, son "hiperkinéticos". En este grupo también trabajan psicomotricistas. En este dispositivo el abordaje también consiste en un trabajo simultáneo entre psicomotricidad y trabajo con padres. También es una diferencia con 6 a 9.

Las personas que continúan en el área, pero ya no haciendo tareas asistenciales, por no tener su reconocimiento, creo que son los que también hubiesen hecho que esta diferencia no sea tan grande. Estos son ejemplos concretos.

También hay que tener en cuenta que 0 a 5 tiene gente de planta que son de distintas disciplinas, mientras que 6 a 9 no. En 0 a 5 hay psiquiatras, psicólogos, asistente social Y psicopedagoga (que ahora está con licencia). En cambio 6 a 9 tiene tres psicólogas de planta y nada más. Acá el referente de psiquiatría suele ser algún residente. Esto también hace a la diferencia.

¿Cuáles serían las ventajas y desventajas que tiene un abordaje Interdisciplinario?

Creo que especialmente en los pacientes graves, ya sea un TGD u otra patología grave, me parece que ahí se hace imprescindible un abordaje interdisciplinario. Abordar a pacientes con estas características desde una sola disciplina hace que se quede corto, no alcanza. Se requiere integrar especialidades para abordar la integridad del paciente, en su totalidad. No sé si para todos los pacientes se debería trabajar de esta manera, por eso las ventajas las veo más en los pacientes graves, donde la complejidad de la patología requiera este abordaje de distintas especialidades. Hay otros pacientes que necesitarán de alguna sola de las disciplinas.

No veo desventajas, pero habría que pensar esto: si es necesario para todos los pacientes un abordaje interdisciplinario, no sé si todos requerirían de esto. Aunque sí creo que se hace necesario un espacio para intercambiar entre diversos profesionales, que hablen de los tratamientos.

Siempre, creo, que el trabajo interdisciplinario es ventajoso.

Fecha: Lunes 17/07/2006

Apellido y Nombre: Saidon, Sheila.

Profesión: Médica.

Cargo: Residente 4° Año.

Antigüedad en la Institución: desde el año 2003 (Residente en Psiquiatría Infanto Juvenil).

¿Qué entiende Usted por Interdisciplina?

Pienso que la Interdisciplina tiene que ver con el encuentro de 2 ó más disciplinas y la posibilidad de realizar un trabajo en equipo; Esto sería un modelo ideal.

Específicamente en las áreas de consultorios externos, la Interdisciplina puede encontrarse en la mirada particular que cada profesional tiene desde su disciplina, las cuestiones puntuales que evalúa y la posibilidad de poder conversar conjuntamente sobre el paciente con profesionales de otras disciplinas. Lo rico es poder pensar al paciente y las estrategias en conjunto. No solamente para el trabajo dentro del Hospital, si no también por fuera de él. Es fundamental el trabajo con las escuelas y con otros organismos que son necesarios según el caso, por ejemplo, si hay un Juzgado interviniendo. Poder tener un diálogo muy fluido es una cuestión central.

En ese sentido el trabajo interdisciplinario puede darse o no. Porque el hecho de que haya muchas disciplinas en un mismo equipo de trabajo no garantiza un abordaje interdisciplinario; Puede terminar siendo una modalidad de trabajo donde cada uno trabaja desde su campo, eso, por el contrario, sería un modelo multidisciplinar.

Considero que a medida que uno va recorriendo un camino y trabajando con distintos pacientes, toma consciencia de que cuanto más se amplía la mirada y mayor cantidad de recursos se incorporan, el trabajo se enriquece.

Cuando me inserté en el primer año de Residencia no lo tenía tan claro, porque tampoco tenía clara la ubicación desde mi disciplina. Luego, al transcurrir los años y al ir trabajando más con otros, la idea se hace más fuerte. Personalmente sostengo mucho la idea de poder formar equipos, no sólo porque es muy rico para uno, si no también para el paciente. Creo que la Interdisciplina es una manera de poder pensar y tolerar muchas cosas de la Clínica; Cuando uno sólo carga el trabajo con los padres, el chico, la escuela, se hace más difícil. Además, cada disciplina tiene recursos específicos para su campo, es bueno poder aportar mutuamente recursos e ideas para pensar las estrategias terapéuticas.

Creo que en la Clínica con niños el trabajo interdisciplinario es “inevitable”, porque uno siente la necesidad de abrir, aunque sea mínimamente, ciertas cuestiones; por ejemplo el trabajar junto con la escuela.

La Clínica que abordamos es muy dura y trabajar con otros lo hace más ameno. Algo que enriquece el trabajo hospitalario es la posibilidad de intercambiar y compartir; más aún, en un hospital general como en el que nos encontramos.

Una cuestión a tener en cuenta para trabajar interdisciplinariamente, se relaciona con poder pensar cuál es la mirada del otro y asumir el propio desconocimiento. Desde mi experiencia, esto es posible cuando uno va encontrando su propia ubicación, porque somos profesionales en formación. A medida que uno se va ubicando, puede comenzar a conocer otras disciplinas, empezar a pensar de qué manera trabajar con el otro; es decir se plantea el punto de respetar la especificidad y a la vez poder pensar ciertas cuestiones de manera conjunta. Considero que esto está cambiando bastante en el Servicio, de todas maneras es un trabajo a realizar, pero está planteada la posibilidad. Hay predisposición para la apertura hacia otras disciplinas, por ejemplo con Musicoterapia y Psicomotricidad. Pensar que también son disciplinas que poseen una modalidad de trabajo, una estrategia terapéutica. Ir conociendo contribuye al cambio en la mirada.

¿Qué obstáculos y ventajas encuentra en la modalidad interdisciplinaria?

En lo que hace a la concepción interdisciplinaria, hay que tener predisposición. Algunos profesionales optan por una modalidad de trabajo más individual. También opera la falta de conocimiento, la falta de valor que se le puede dar a la otra disciplina; pensar que te puede aportar algo distinto o no. De todas formas, no creo que sea lo más habitual, no obstante, puede suceder. La modalidad interdisciplinaria implica salir al encuentro; en este punto se puede o no encontrar otro profesional con quien dialogar.

En mi experiencia, en relación al Servicio, hace falta recursos profesionales. Por ejemplo, en el área 6 a 9 no hay Trabajadora Social, está Graciela, que pertenece al área 0 a 5; Que si bien toma algunos casos de 6 a 9, no da a vasto.

En cuanto a Psiquiatría, tampoco hay psiquiatra de planta, con lo cual no sólo se plantea la cuestión del recurso en sí; sino también la ausencia de un referente, de la disciplina, en el área. Con respecto a Psicopedagogía, ahora es diferente porque hay residentes; Cuando ingresé sólo había concurrencia, lo que implicaba menor cantidad de gente y de alguna forma hacía que el contacto fuera de otro estilo.

También está el trabajo con disciplinas de otros Servicios. Por ejemplo el contacto con Fono y Neurología cuando se trabaja con pacientes que poseen una patología orgánica. En este punto la salida por fuera del Servicio hacia el Hospital es más complicada; Pero cuando es posible comunicarse con estos otros profesionales, es algo muy enriquecedor. Luego está el recurso del tiempo. Idealmente me encantaría poder ir a la escuela, pautar reuniones, trabajar con la asistente social, poder pensar otras cosas. Lo cierto es que, por la cantidad de demanda, no hay tiempo para todo eso. De todas formas, creo que también se vincula con la carencia de recursos humanos.

¿Cómo es la modalidad de trabajo en el área 0 a 5?

En el área 0 a 5, me parece que la mirada interdisciplinaria está más aceptada. Estando en esa área he tomado pacientes junto con Susana. De partida compartíamos la admisión y estaba la posibilidad de poder pensar un Psicodiagnóstico de manera conjunta. También está presente el trabajo con Graciela.

Creo que, desde el equipo, lo inter está más armado. Ahora, más aún, con el Dispositivo de pacientes graves. Si bien no tuve pacientes que estuvieran insertos en el Dispositivo, por lo que escucho, creo que funciona bien, que permite un intercambio con las otras disciplinas que antes no se daba.

¿Y en el área 6 a 9?

En el área 6 a 9, también he compartido pacientes con Psicopedagogía. En ese momento recién se estaban incorporando las musicoterapeutas y psicomotricistas al Servicio.

En esta área hay una mirada clara desde el enfoque del Psicoanálisis, porque no hay psiquiatra de planta; Lo cual es un déficit y a veces no facilita la apertura hacia otras disciplinas. Para pensar un caso, si bien se puede evaluar pedir, por ejemplo, una consulta psiquiátrica; Hay una mirada desde lo “psi” muy fuerte. Actualmente, si bien está cambiando un poco, la mirada sigue siendo bastante reducida.

¿En qué actividades observa una modalidad interdisciplinaria?

El Dispositivo de pacientes graves, claramente, es un punto donde se interviene realizando abordajes de manera interdisciplinaria.

Luego están los espacios de Supervisiones conjuntas, las reuniones de área; en general son espacios para la actividad inter. En este punto la cuestión también se fue abriendo, en mi época por lo general sólo venían psicólogos ahora, por ejemplo, Psicopedagogía

está más presente. Actualmente Musicoterapia y Psicomotricidad también comparten su forma de trabajo, y esto nos permite consultar cuando se tienen dudas.

Fecha: Martes 18/07/2006

Apellido y Nombre: Schojed-Ortiz, Debora

Profesión: Psicomotricista.

Cargo: Coordinadora Escuela Clínica de Psicomotricidad Área 0 a 5

Antigüedad en la Institución: Desde 1996

Cuéntenos brevemente sobre su recorrido en la Institución

Mi recorrido en el Hospital tiene que ver con los avatares histórico institucionales, en el momento de ingresar era Presidenta de la Asociación Argentina de Psicomotricidad. Se firmó un convenio para darle a la práctica una entrada formal. En ese momento se acordó el ingreso por el sector de Niños Sanos. Luego cuando Jorge Blidner tomó la Jefatura del Servicio, comencé a trabajar más en Psicopatología. Para ese entonces se hace un Convenio con la Universidad de Tres de Febrero, de la cual soy gestora de la Licenciatura en Psicomotricidad, docente e Investigadora y al crearse el Dispositivo de pacientes graves en el área de niños de 0 a 5 años, se contempla también la inserción de Psicomotricidad como un espacio de asistencia y de formación en lo que respecta a la tarea hospitalaria. Es decir que además de la tarea clínica, también hago docencia.

¿Qué piensa Usted que es la Interdisciplina?

Considero que el pensamiento interdisciplinario es estar abierto a conocer los soportes teóricos de las otras disciplinas para tener un pensamiento más integrador.

Es decir, me parece que es un deber ético, los profesionales deben conocer de qué se tratan las otras disciplinas y deben poder manejar, más o menos, de manera pertinente los diferentes discursos; para poder acceder a un pensamiento interdisciplinario. Personalmente creo que con las patologías graves en la infancia, como Trastornos Generalizados del Desarrollo, no pueden abordarse sin un pensamiento interdisciplinar; no se puede ser sectario.

¿Cómo es la modalidad de trabajo en el Servicio?

La población hospitalaria con la que trabajamos posee un grado de vulnerabilidad bastante alto, con lo cual, la mayoría de las veces el paciente requiere más de un tipo de intervención. Respecto de las áreas, cada una funciona con una ideología bastante diferente, me refiero a ideología como apertura de pensamiento. Cuando el pensamiento

se abre, permite que se incorporen cosas nuevas, y no seguir en el mismo circuito de pensamiento.

¿Cómo se inserta Psicomotricidad en el área 0 a 5?

En el área 0 a 5 el trabajo psicomotor está más constituido, aquí la disciplina tiene una inserción muy interesante, con resultados alentadores en cuanto a los procesos que van haciendo los chiquitos, y creo que eso no es casual. Pienso que tiene que ver con que el trabajo es muy respetado en el área, sostenido por los coordinadores del área y gente del Servicio. Entonces es posible trabajar interdisciplinariamente de forma eficiente.

Particularmente, desde la Disciplina, tenemos en este momento espacios grupales los días Lunes; son grupos para niños neuróticos con una impronta corporal de desborde y exceso de movimiento, lo que puede llamarse hiperkinesia. Estos grupos son coordinados por Psicomotricistas. En paralelo, funciona el grupo de padres, coordinado por Psicoanalistas, donde se incluyen los padres de estos pacientes. Los días Martes, funciona el Taller de Psicomotricidad, que forma parte del Dispositivo de niños graves del área. Además tomamos chicos para tratamiento individual, estos pacientes son derivados desde la Admisión del área. Estamos contenidos, nos incluimos en las supervisiones y reuniones de área.

¿Y en el área 6 a 9?

Nuestra inserción en el área 6 a 9 ha sido dificultosa; creo que nunca se comprendió el trabajo de Psicomotor. Tuvimos algunas posibilidades de trabajar con pacientes que fueron derivados directamente a Psicomotricidad, pacientes que pertenecían al área 6 a 9. Estos niños presentaban mucho compromiso subjetivo, con lo cual, tuvimos que hacer un trabajo muy descontextualizado, porque necesitaban un proceso de análisis al mismo tiempo que un trabajo psicomotor y no había terapeutas disponibles que pudieran trabajar con ellos. Con esos pacientes ya se hizo el cierre, luego hubo toda una problemática con el área, dejó de tomar admisiones.

¿Qué ventajas y desventajas encuentra en la modalidad interdisciplinaria?

No hablaría de desventajas, creo que todo es positivo. A lo largo de tantos años veo que hay un cambio en el discurso respecto de la disciplina. Es decir, creo que, por ejemplo, los médicos comenzaron a percibir con otros sentidos signos que siempre miraron, pero

no sabían qué relación tenía, no sólo con el instrumento cuerpo, sino con la subjetividad. Qué tenía que ver una mamá absolutamente perdida con un bebe al que no se le detectaba ninguna cuestión neurológica y sin embargo no podía sostener la cabeza (Por ejemplo).

Si bien no todos los servicios conocen que en el Hospital hay un equipo de Psicomotricidad, los que sí lo saben, nos derivan pacientes que no necesariamente pertenecen a Psicopatología. A su vez, dentro del Servicio de Psicopatología saben perfectamente qué pacientes derivarnos, lo cual facilita nuestro trabajo. Asimismo, la tarea hospitalaria es un espacio de formación permanente. Permite un intercambio y una discusión real que, más allá de las diversas posturas, abre un espacio de aprendizaje constante.

¿Qué obstáculos encuentra en el trabajo interdisciplinario?

En lo cotidiano, hay una falta de recursos humanos bastante importante. Por ejemplo, En Mayo de este año, ya no teníamos capacidad para tomar nuevos pacientes, es decir que si tuviéramos más recursos, podríamos absorber mayor cantidad de niños. Del total de la gente que trabaja en el Dispositivo de niños graves, personal rentado hay muy pocos profesionales. Entonces se hace complicado exigir a la gente presencia y permanencia. Y si bien cuento con apoyo interno, para sostener el Proyecto es necesaria mayor disponibilidad de gente; No se puede sostener la tarea mucho tiempo sin cobrar. En este punto, invierto tiempo y recursos en la formación de profesionales que luego, cuando obtiene una posibilidad de trabajo rentada, lógicamente deja el Hospital. (Yo misma estoy sin renta en el hospital)

También está la carencia de recursos operativos, el material con el que trabajamos proviene de donaciones o materiales y juguetes que traemos los profesionales, y hasta los mismo chicos.

Otro punto es la carencia de espacio, por un lado es incómodo no tener un espacio dónde trabajar confortablemente (para los niños y los terapeutas), organizar y mantener el material. Esto dificulta la tarea, es como si se trabajara en una cierta incomodidad constante. A su vez, los niños de los talleres tienen un funcionamiento corporal muy desorganizado y se precisa bastante espacio. El espacio es sumamente importante. Es decir que las desventajas son orden operativo y práctico.

Fecha: Martes 18/07/2006

Apellido y Nombre: Barrionuevo, Carolina.

Profesión: Psicóloga.

Cargo: Residente 2° Año.

Antigüedad en la Institución: desde el año 2004 como concurrente y en el 2005 continúa como residente.

¿Qué entiende Usted por Interdisciplina?

Yo el tema de la interdisciplina lo estoy aprendiendo todavía. Tengo una supervisora, con la que a veces superviso, que cada vez que tengo que derivar a alguien a algún otro tratamiento, ella me ayuda a pensar bien cada derivación. Las derivaciones hay que hacerla en el momento oportuno si no, no lo toman. Hay que cuidar y no fragmentar la transferencia. El trabajo en equipo consta, tal vez, no en que haya mucha gente si no, en ver quién dice cada cosa y en qué momento lo dice. A veces el trabajo en equipo consta en hacer estos acuerdos. En otro caso trabajo con el equipo de orientación escolar, y es conveniente que ellos trabajen con la escuela; y no yo. Hay veces que los pacientes pueden escuchar algunas cosas cuando lo dice un profesional y no otro.

Yo estoy aprendiendo sobre el trabajo en equipo, aprendemos en la medida que nos encontramos con obstáculos. No tiene que ver con armar redes como si fuera una sumatoria, si no, ver en qué momento, con quién y para qué. Siempre hay que tener un criterio.

Aclaración: Durante la entrevista la Lic. Barrionuevo contó distintos casos donde realizó consultas, según las necesidades del paciente, con otros profesionales de la Unidad de Salud mental del Hospital, con pediatría, incluso con el EOE y con psicopedagogas de otras instituciones.

¿Cuáles serían las ventajas y desventajas de dicha modalidad?

(Ventajas) Despejar el propio trabajo, el propio campo. Ayuda a que no te desbordes. Está bueno que cada uno intervenga desde su lugar. Dar otros espacios ayuda a acotar tu propio trabajo. A veces es mejor un trabajo en equipo, que hacer notas de derivación y no saber quién lo toma. Hoy en día los pacientes que vienen son bastantes graves y uno no puede trabajar todo, ni todo acá.

(Desventajas) La dificultad es no ubicar para qué cada cosa. No hay que pensar que cuanto más mejor. A veces hay que ver cuál es el momento para cada cosa. Se corre el

riesgo que los espacios se confundan, y fragmentar la transferencia. A veces no se puede conversar con otros profesionales por falta de tiempo. Es importante la comunicación en el trabajo en equipo.

¿En qué actividades se ve esta modalidad de trabajo en las áreas de 0 a 5, y de 6 a 9?

Por empezar en ambas áreas se realizan admisiones, ambas tienen musicoterapeutas, psicopedagogas. Cada área tiene su propia organización, coordinación y sus propios supervisores.

Con respecto a mi experiencia, yo primero estuve en el área de 0 a 5 como concurrente. Algunos pacientes que tengo son desde ese entonces.

En esta área (0 a 5) está el dispositivo de pacientes graves, se hacen tratamientos individuales, hay musicoterapeutas, psicomotricistas, tienen el taller de arte, taller de juego. En este último trabajan dos psicopedagogas y una psicóloga. Esta área cuenta, también con grupos de niños y de padres.

Yo, por ejemplo tengo una paciente que también derivé a psicopedagogía para que trabajen el tema de la escolaridad. Este año, por su gravedad, también la derivé al taller de arte.

Tengo otro paciente que derivé a fonoaudiología y a musicoterapia. También trabaja con él psicopedagogía. Estos ejemplos me parecen que están buenos, para mostrar el ingreso de los pacientes a ciertos dispositivos, talleres pensándolos dentro de una lógica. Por la experiencia que tengo, creo que los pacientes del área de 0 a 5 creo que son más graves. Aquí se habla de dejar una escolaridad en una sala de tres años, que no es lo mismo en un tercer grado. Calculo que la patología más temprana es más grave, aunque tiene sus beneficios que tengan tratamientos desde más temprano.

En el área de 6 a 9 se había empezado a armar un dispositivo para pacientes graves, pero no se pudo armar porque faltó el recurso. Yo creo que se van armando dentro de las áreas como sub-equipos. Creo que es importante pensar el para qué incluir algo o evitar algo. Yo, particularmente no estoy de acuerdo con que de entrada, en una admisión, se decida la inclusión de un paciente en varios lugares, porque creo que se fragmenta algo de la transferencia. Las derivaciones tienen que darse luego de un proceso. Las inclusiones tipo combos me parecen que terminan siendo complicadas. Ir incluyendo otras profesiones con criterio, de a poco.

El trabajo que hagas depende mucho del terapeuta y de la supervisión que tengas. La supervisión del dispositivo de pacientes graves de 0 a 5 años supervisa el recorrido de los pacientes en los diversos espacios.

Fecha: Miércoles 19 de Julio de 2006

Apellido y Nombre: Veraocampo, Aurelia.

Profesión: Lic. en Psicopedagogía.

Cargo: Concurrente.

Antigüedad en la Institución: desde el año 2001

¿Qué entiende Usted por Interdisciplina?

Pienso que es un concepto ideal, complicado. A la vez, cuando puede hacerse un abordaje interdisciplinario, es una modalidad de trabajo muy operativa y beneficiosa para todas las partes involucradas. Si tuviera que definirla, creo que es trabajar con otro; Rápidamente puede parecer una cuestión menor, pero trabajar con otro no es igual a trabajar en paralelo, en contra, a pesar del otro, etc. Es trabajar permanentemente en interrelación con el otro, poder sumar su parte y, al mismo tiempo, aportarle al otro. Se abre lugar para la discusión, el desacuerdo; me parece que es verdaderamente complicado, pero es positivo hacer el esfuerzo. Considero que la Interdisciplina es un modelo de trabajo arduo, que lleva un proceso, implica soportar diferencias, ceder en algunas situaciones. A veces es difícil deslindar ciertas cuestiones porque se mixturán los campos.

Dentro de las áreas, donde veo más trabajo interdisciplinario, es en Adolescencia. Es una Interdisciplina más orientada a lo que es el afuera del Servicio, me refiero al contacto con los médicos, por ejemplo. Adolescencia tiene muy bien trabajado el tema de la Interdisciplina. En las otras áreas me parece que se trabaja más dentro del mismo Servicio de Salud Mental.

¿Cómo es la modalidad de trabajo en el área 0 a 5?

En esta área estuve inserta durante 2 años; desde Psicopedagogía no se participaba en las admisiones. Históricamente siempre contó con pocos recursos humanos del área de Psicopedagogía, que eran M. Susana Toccalino y una concurrente, lo cual hacía difícil la posibilidad de participar en espacios como las Admisiones, etc. Se trabajaba conjuntamente con Psicología y Psiquiatría; Se daban intercambios y un pensar juntos, una modalidad de trabajo compartido más fluida.

¿Y en el área 6 a 9?

En el área 6 a 9 considero que los campos se diferencian un poco más que en el área 0 a 5 por los motivos de consulta manifiestos. Por ejemplo, llegan con los informes escolares, donde la demanda de atención Psicopedagógica es explicitada, lo cual creo que ayuda a la Interdisciplinaria. Cuando no quedan claros los campos es más complejo porque empiezan a jugarse los temores de "arrebatos". Creo que Psicopedagogía tiene más presencia, es positivo la incorporación en las Admisiones. Hay buena comunicación entre Psicología y Psicopedagogía. En 6 a 9 quizás, se pide la mirada de Psicopedagogía como otra opinión separada.

¿Qué actividades con una perspectiva interdisciplinaria observa en las áreas?

Cuando estuve rotando por el área 0 a 5, no estaba montado el Dispositivo de Niños Graves que funciona actualmente, así que en eso no tengo experiencia. Pienso que en el área 0 a 5 se permite que surja este tipo de proyectos vinculados con un abordaje más integral. Me parece que en la época en la que yo era residente, la modalidad era más de interconsulta. A lo sumo, en casos graves te acercabas y pedías algo a otras disciplinas, pero igual quedaba más del lado de la interconsulta. Es distinto a como está planteado ahora el abordaje del paciente, Psicopedagogía supervisaba en las supervisiones de Psicología, otras veces se supervisaba juntos y en otras oportunidades cuando supervisamos un paciente en Psicopedagogía, se incluía en el espacio el terapeuta del paciente, fono, etc. Luego empezó a surgir el tema de cómo pensar el abordaje de los pacientes graves, viví el momento de las discusiones del proceso que luego dieron origen a los Talleres.

A la vez en 6 a 9 también comenzó a pensarse en los pacientes graves; Es decir, creo que también tuvo que ver con que era una determinada problemática que aparecía en ese momento, pacientes que requerían otro tipo de atención.

¿Qué ventajas y desventajas encuentra en la modalidad interdisciplinaria?

No encuentro desventajas, quizá una forma interdisciplinaria de trabajo implica mayor exposición de uno mismo en tanto profesional. Porque al compartir uno expone su pensamiento, la forma de trabajo, las decisiones que toma. El confrontar con otro implica defender y argumentar las ideas propias. Si bien se está más expuesto, facilita el proceso de aprender a acordar con los otros. Pienso que es puro aprendizaje, y hace necesario "poner el cuerpo". Creo que a las Psicopedagogas nos suele costar esto, creo

que esta cuestión también tiene que ver con esta resistencia a hacer informes. Creo que estas cosas es dar cuenta de lo que unos está haciendo frente a otros. Eso, en la Interdisciplina, se pone muy en juego. Poder hablar de las propias dificultades. Otra opción es trabajar individualmente haciendo lo que se puede, pero creo que de esta manera es muy difícil poder enriquecerse. Nosotras las psicopedagogas todo el tiempo hablamos de trabajar y aprender con otros, pero creo que en la práctica no nos resulta tan sencillo poder hacerlo. Creo que si uno puede atravesar la primera dificultad de exponerse y mostrarse, se trabaja más a gusto y el vínculo que se genera es otro, de mayor confianza.

¿Encuentra algún obstáculo para el trabajo interdisciplinario?

Los obstáculos a veces son cuestiones más de orden práctico que de ideología o compartir el pensamiento interdisciplinario. Por ejemplo, en Adolescencia, me parece una pena que no se pueda compartir el mismo espacio físico de atención

Luego hay una cuestión en relación al lugar que ocupa cada profesión, si cierta disciplina tiene una palabra más o menos validada. También se juegan cuestiones de poder, las disciplinas más "fuertes" toman a las otras como menores. Dar lugar al otro para poder trabajar en conjunto, implica también saber y poder renunciar al "Saber Absoluto". Y esto nos pasa mucho, que siga habiendo un referente (disciplinar) único. Creo que también se juega mucho cuestiones de orden personal, así también los lugares que se dan o no a las diferentes profesiones y servicios. Considero que el tener o no un pensamiento interdisciplinario tiene que ver más con lo personal que con las profesiones en sí. Sabemos que el saber médico es un modelo más que fuerte Sin embargo, por ejemplo, el trabajo entre Psicopedagogía y Neurocirujanos en la Sala de Mielomelingucoles no presenta mayores dificultades. Desde luego que llevó su tiempo de construcción, pero lo bueno es poder pensar que cada profesional puede aportar desde su disciplina para cada paciente. Y esto se da, se construye un nuevo espacio que es más que el campo de unos y los otros.

Cuéntenos acerca de la Actividad que realiza en la Sala de Mielomelingucoles.

Los pacientes concurren una vez cada seis meses para seguimiento y control. Son citados los días Martes, a cada uno se le asigna un box, para que allí se encuentre con los diferentes profesionales, que lo revisan de a uno a la vez. El equipo está conformado por pediatras, neurocirujanos, traumatólogos, psicólogos, urólogos, kinesiólogos,

psicopedagogas; Los profesionales trabajamos conjuntamente, en el mismo horario y lugar. Esto facilita mucho el intercambio y es muy operativo; en cuanto se pueden hacer intervenciones ahí mismo. Esta modalidad de trabajo también facilita la situación del paciente, ya que no tiene que deambular de consultorio en consultorio. Si algún profesional pesquisa alguna cuestión que requiere un abordaje más profundo, el paciente es citado en el Servicio correspondiente.

Es muy claro cuanto se enriquecen los puntos de vista y cuanto se va armando, cuanto más aporta la unión de saberes; está claro que el paciente sale favorecido y abordado de manera integral. Ayuda a no caer en la fragmentación del niño a la cual a veces se tiende un poco en las especialidades. Desde Psicopedagogía se pueden hacer importantes aportes en cuanto a la escolaridad, manejo de la información, pautas de crianza, desarrollo cognitivo, etc. Desde la médica nos clarifican el panorama a nosotros. La discusión enriquece.

Fecha: Jueves 20/07/2006

Apellido y Nombre: Kutz, Analía.

Profesión: Lic. en Psicopedagogía.

Cargo: Instructora de Residentes con jefatura a cargo.

Antigüedad en la Institución: desde Junio de 2005 (Cuando se inaugura la Residencia de Psicopedagogía en HNRG).

¿Qué entiende Usted por Interdisciplina?

Nora Elichiry se refiere a la Interdisciplina como encuentros interdisciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y construcción de conocimientos. Para mí la interdisciplina tiene que ver con esto, con trabajar con otros, con un trabajo en equipo, con una nueva construcción a partir del aporte de las diferentes disciplinas. Esto es diferente a la multidisciplinaria que es el encuentro de las disciplinas donde sólo hay intercambio, pero no hay enriquecimiento ni se produce nada novedoso.

La interdisciplina requiere flexibilidad, apertura de los profesionales de las distintas disciplinas. En general requiere de ganas, deseo, intencionalidad de querer encontrarse con el otro. Creo que es importante que los profesionales podamos salir del lugar de omnipotencia, del saber único, de que no necesitamos de otros para abordar la situación que se nos presenta.

En la clínica, la interdisciplina permite abordar la complejidad de la situación. Cada vez vienen pacientes más complejos, más graves, y creo que una sola disciplina no puede abordar la situación. Es necesario convocar a varias disciplinas, la interdisciplina es una herramienta para abordar estas situaciones complejas, y pensar cómo resolverlas. Creo que cuanto más compleja sea la situación a abordar, más se requiere de la interdisciplina. Igualmente, en la clínica con cualquier tipo de paciente se puede trabajar así, no sólo en casos complejos, pero la complejidad de la situación lo hace más necesario (Ejemplo: Casos de abuso, violencia). Con el correr del tiempo, han cambiado los pacientes que llegan. Son cada vez más complejos porque están afectados por diversas cuestiones, esto se observa en las admisiones.

El trabajo con otros, la interdisciplina, es una construcción que lleva tiempo, no se da de un día para el otro, implica un proceso.

¿Cómo ve la Interdisciplina dentro de las áreas 0 a 5 y 6 a 9?

En líneas generales, pienso en que hay diferentes niveles:

Una cosa es cuando te derivan un paciente a Psicopedagogía por ejemplo. La derivación estaría más del lado de la interconsulta Otra cosa es hacer un diagnóstico en conjunto entre Psicología-Psicopedagogía, Psicopedagogía- Psiquiatría, como a veces sucede tanto en el área de 0 a 5, como de 6 a 9. Este trabajo creo que implica una intervención más rica, y pueden surgir cosas interesantes; a veces a partir de acá se logra un trabajo interdisciplinario. Pero hay que tener cuidado con que Psicopedagogía no quede subordinada a Psicología, como si estuviera trabajando al servicio de ella. Y otra cosa distinta es, por ejemplo, el Taller de Juego (que se lleva a cabo en el área de 0 a 5) que es claramente una actividad interdisciplinaria (psicopedagogía-psicología) e interresidencia. Aunque, por ejemplo, en la interconsulta se está reconociendo parte de un saber con el que uno no cuenta y por eso se necesita de otros. Pero en esta derivación del paciente no se está construyendo un nuevo saber. Son, a veces disciplinas que intervienen en forma aislada. Otras veces, a partir de la derivación de un paciente uno puede encontrar espacios de construcción y para pensar juntos acerca del paciente y su familia. Creo que el trabajo tiene mucho que ver con una cuestión personal, hay que tener ganas/deseo de trabajar interdisciplinariamente, y hay que reconocer que uno no sabe todo.

(Describe las actividades de las áreas:)

0 a 5: Se hacen admisiones, reuniones generales de área donde se hallan todas las disciplinas presentes, supervisiones con Silvia Tocco que supervisa el dispositivo de pacientes graves. Ella fomenta mucho el intercambio entre las distintas disciplinas, abre al intercambio, y genera el espacio de encuentro. Como parte del dispositivo de los talleres para niños graves, se lleva a cabo el taller de arte, taller de psicomotricidad, taller de juego, y taller para los padres de estos pacientes.

El taller de juego, que se lleva a cabo desde el año pasado, (a partir de la inclusión de la Residencia de Psicopedagogía) la considero la más representativa de las actividades interdisciplinarias. Aunque en sus inicios tuvo algunos obstáculos. El proyecto se inició con integrantes del equipo de psicomotricidad pero fue difícil encontrar espacios conjuntos de planificación, evaluación y supervisión de la tarea. Entonces sólo estábamos juntos durante el taller y no había un trabajo previo ni posterior, esto dificultó mucho la tarea. En cambio este año se incorpora una residente de psicología a coordinar el taller conjuntamente con psicopedagogía y están previstos estos espacios descriptos anteriormente. Esto ha permitido, hasta el momento, desarrollar adecuadamente la tarea.

En esta área (0 a 5) observo mayor predisposición a la interdisciplina, más apertura. Tienen una mirada más integral del niño y su familia. El pensamiento, la ideología interdisciplinaria está más presente, en las reuniones, supervisiones, etc.

6 a 9: Reuniones del área en las que participan las distintas disciplinas, las admisiones coordinadas por Mariel Franceschi (psicóloga Coordinadora del área) que luego al finalizar la entrevista se intercambia entre los que están presentes para definir la intervención y/o derivación más apropiada. Los diagnósticos en conjunto (psicología- psicopedagogía, psiquiatría- psicopedagogía). El año pasado, en esta Área, no había tantos pedidos de realizar diagnósticos en conjunto como en la actualidad. Aunque muchas veces sucede que las psicopedagogas somos solicitadas a intervenir en una sola entrevista del psicodiagnóstico conducido por una psicóloga, donde parecieran ubicarnos como asistentes de la otra disciplina. Creo que está bueno tomar estos pedidos como punto de partida y proponer nuestras propias estrategias de intervención diagnóstica, propias de nuestro saber disciplinar y a partir de allí crear un diagnóstico particular para un niño en particular.

En esta área pareciera ser más frecuente lo multidisciplinario. Hay un predominio de la palabra de psicología. Aunque no quiero generalizar, porque hay diversas situaciones en todas las áreas.

Igualmente, hay espacios informales en ambas áreas, que surgen espontáneamente de los profesionales, y que también son parte del trabajo interdisciplinario. Ej: Encuentros entre profesionales que atienden al paciente, encuentros con los equipos de las escuelas y los terapeutas del paciente, etc. A veces supervisamos un paciente en psicopedagogía y el profesional de la otra disciplina (fonoaudióloga, psicóloga, etc) también están presentes durante la supervisión.

¿Cuáles podrían ser obstáculos para lograr el trabajo interdisciplinario?

Y, por ejemplo, supongamos que hay ganas, deseo, apertura, flexibilidad, pero que falta el tiempo, no hay tiempo. El trabajo interdisciplinario es muy rico, es muy ideal, pero a veces difícil de lograr.

Otras veces el espacio físico dificulta el encuentro entre los profesionales. A veces hay que contactarse con profesionales (fonoaudiólogas, pediatras, etc) que se encuentran en la otra punta del Hospital, por ejemplo con la gente de adolescencia nosotros no nos cruzamos acá.

La rotación de personas también es un obstáculo porque, como mencioné antes, la tarea interdisciplinaria lleva un tiempo de construcción. Si uno ya realizó un trabajo y después se tiene que ir, este trabajo se ve interrumpido, sin continuidad.

El Trabajo interdisciplinario, nos convoca a tener que tener muy clara nuestra propia disciplina, a delimitar campos de acción. La delimitación del campo es algo complejo y puede terminar siendo un obstáculo, o también un desafío para nosotros como profesionales en formación.

¿Cuáles podrían ser las ventajas del trabajo interdisciplinario?

Enriquecimiento mutuo, facilita abordar la complejidad.

El compartir con otros, el intercambiar.

¿En qué otras actividades, más allá de las que se desarrollan en el área de 0 a 5 y de 6 a 9, se ve el trabajo interdisciplinario?

En mi experiencia he trabajado muy bien con fonoaudiología, y con Pediatría (Niño Sano). Desde el año pasado, con la inclusión de la residencia de psicopedagogía, se diseñó una Evaluación de Pesquisa a Preescolares (EPP) que se administra a los niños de 4 y 5 años que son atendidos en Niño Sano y a los cuales los pediatras evalúan con la PRUNAPE. La EPP permite evaluar específicamente aspectos de la lectoescritura y el número en los niños y permite detectar precozmente situaciones de riesgo en relación a un posible fracaso escolar previo al ingreso a 1º grado. El año pasado llevamos a cabo en las vacaciones de verano, (Psicopedagogía y Pediatría) un taller de juego y aprendizaje para los niños que resultaron ser de riesgo en las evaluaciones y un taller de padres paralelo. La EPP se sigue desarrollando con éxito este año y vamos haciendo las modificaciones pertinentes. El contacto con Pediatría tiene su historia, ya que se han hecho anteriormente otros trabajos con ellos como talleres para padres en sala de espera. Trabajo en Mielo y en el Área de Adolescencia son otras actividades interdisciplinarias en las cuales aun no he participado.

¿Qué otros espacios interdisciplinarios encuentra fuera del Servicio de Salud Mental?

Nos han solicitado intervenciones de las diferentes unidades de Internación, y del Hospital de Día Polivalente. Y también recibimos derivaciones de Neurología ya que

hacen diagnósticos y no tratamientos psicopedagógicos, de pediatría (consultorios externos), genética, etc.

Para finalizar, quiero resaltar que hay un reconocimiento de la psicopedagogía como disciplina importante a intervenir, no sólo al interior de la unidad de Salud Mental sino en relación con los otros servicios del hospital. Esto creo que podría tener que ver con la presencia de lo “Psi” desde los orígenes del Hospital, la presencia de psicopedagogas desde hace muchos años y por sobre todo la fuerte presencia de una mirada y un abordaje integral del niño que consulta en este hospital.

Fecha: Lunes 24/07/2006

Apellido y Nombre: Ros Giordano, M. Celeste.

Profesión: Lic. en Psicopedagogía.

Cargo: Residente.

Antigüedad en la Institución: desde el año 2005 (Desde ese momento, y hasta la actualidad, trabaja en el área de 0 a 5 y en el de 6 a 9)

¿Qué entiende Usted por Interdisciplina?

Me parece que la Interdisciplina tiene que ver con poder establecer intercambios con otras disciplinas, con poder construir algo en conjunto. Implica la relación con otras disciplinas, pero no por el simple hecho de decir trabajamos en conjunto, y que este trabajar en conjunto termine siendo un trabajar en paralelo sin construir algo. Lo básico para construir un trabajo interdisciplinar es esta construcción, sino se trataría de un trabajo multidisciplinar. Si cada uno desde su propia disciplina puede aportar sería interdisciplinar, sino, trabajando en paralelo, termina siendo trabajo multidisciplinar.

La interdisciplina implica poder sentarse con otro que tiene una lógica distinta, tiene otro discurso. Tal vez es más fácil el trabajo con los de tu disciplina, más allá que haya distintos marcos teóricos. Encontrarse con otros que tienen una formación distinta implica un trabajo de poder juntarse, acordar, reflexionar en conjunto, definir objetivos, ver cómo se va a llevar el trabajo, pensar estrategias.

Pensando en una intervención, dentro de la Unidad, creo que no es lo mismo trabajar Psicopedagogía y Psicología en paralelo; Si en cambio, se hacen estos dos tratamientos en paralelo y pero los profesionales pueden reflexionar, pensar estrategias en conjunto, acá podría ser trabajo interdisciplinario, por más que las intervenciones sean por separadas, porque igual se sientan los terapeutas a pensar juntos, sostienen un espacio para el intercambio.

En la práctica, ¿Cómo ve esta modalidad de trabajo en las áreas de 0 a 5 y 6 a 9?

En ambas áreas, en líneas generales y por mi poca experiencia en el servicio, creo que el trabajo se acerca más a lo multidisciplinar. En cada caso es distinto, por ahí, yo trabajé a veces en conjunto.

En el *área de 6 a 9* recién ahora se están empezando a realizar estas intervenciones, creo que se están construyendo estos espacios más interdisciplinarios. Se está empezando a

convocar a Psicopedagogía para que se incorporen en algunas entrevistas del psicodiagnóstico. Esto me parece que es un primer paso.

En el *área de 0 a 5*, por ahí, ya hay un recorrido que hizo María (Toccalino), desde antes que nosotras nos incorporáramos al equipo. Esto continúa ahora, aunque tampoco sé si esto llega a ser interdisciplina. Por ejemplo, en esta área, yo ahora estoy empezando hacer un diagnóstico en conjunto con gente de Psicología y esto habla de que hay algo que se está construyendo en relación con la interdisciplina. Es muy complejo, cuesta un montón sentarse a pensar cómo hacer el diagnóstico, qué entiende cada uno por diagnóstico; es decir que llevó todo un trabajo. Tuvimos una primera entrevista conjunta, luego nos reunimos para empezar a pensar algunas cuestiones, y ver cómo continuamos con el proceso. Es complejo y en este caso sólo se acota a lo que es un diagnóstico; pensar actividades interdisciplinarias demanda, aún, más esfuerzo.

En el Área 0 a 5 está el **Taller de Juego** que en su origen fue pensado como un espacio interdisciplinario, luego el devenir y los acontecimientos institucionales, personales, fueron haciendo que se diluyera la práctica disciplinaria. Este año comenzó siendo un espacio sólo de Psicopedagogía, luego se incorporó una residente de Psicología que continúa actualmente; ahí hay algo de lo interdisciplinario que se está construyendo. Estamos teniendo espacios de encuentro para discutir cómo intervenir, qué estrategias usar, qué objetivos tenemos, es decir pensado los acuerdos básicos. Compartimos espacios de supervisión lo que también nos ayuda a pensar, desde un discurso común, este taller de Juego; qué objetivos nos proponemos. Está en proceso de construcción de trabajo interdisciplinario. El taller no tiene planificación, porque es un taller libre en cuanto a lo que se va a hacer en cada encuentro. Luego de cada sesión, sí tenemos, un espacio para la evaluación de lo sucedido ese día, hacemos un registro de lo que fue pasando entre las 3 coordinadoras. Estos encuentros de evaluación nos sirven también como espacios de planificación, en tanto nos sirven para tomar ideas o hacer modificaciones respecto a los próximos encuentros. También en ese intercambio compartimos entre las coordinadoras qué dificultades vivenciamos cada una desde lo personal, las impresiones, etc. Porque a las tres, por las patologías de los pacientes, se nos hace bastante difícil pensar las intervenciones, al no poder sostenerse la actividad desde lo grupal; a veces hacemos más un abordaje de 1 a 1.

El Taller de Juego forma parte del Dispositivo de Pacientes Graves del área de 0 a 5, que fue pensado para los pacientes con TGD. Cada uno de estos pacientes tiene su espacio de terapia individual, y a partir de las supervisiones de área, con Silvia Tocco,

se va pensando la inclusión en los distintos talleres, en el caso a caso. Se va pensado la inclusión en función de cada chico, pensado cómo y por qué incluirlo en determinados talleres. Actualmente los chicos que asisten al Taller de Juego, asisten primero al Grupo de Psicomotricidad, luego se hace el pasaje de un espacio al otro porque funcionan en horario continuados. No obstante, la idea no es que sólo asistan al Taller de Juego aquellos pacientes que están en el grupo de Psicomotricidad.

El Taller de Juego tiene, por un lado, una supervisión propia con frecuencia mensual. Al mismo tiempo, cuando en la reunión de área un terapeuta supervisa un paciente que está incluido en el Dispositivo; resulta muy interesante y enriquecedor el aporte que cada profesional puede hacer desde su disciplina en relación al proceso que el chico está construyendo en cada uno de los espacios. Este espacio de intercambio permite que estemos al tanto sobre lo que sucede con un mismo paciente en los diferentes talleres. Si bien estos espacios de reflexión pueden encontrarse, considero que podrían funcionar de manera más aceitada; porque justamente tiene que ver con la Interdisciplina. Si el Dispositivo está formado por distintas disciplinas y los pacientes están recorriendo distintas instancias dentro de él, creo que podrían existir más instancias de reflexión. Ahora los momentos para ver qué está pasando con el paciente y para pensar estrategias, se recortan a la supervisión individual dentro del Dispositivo. Creo que sería positivo que existieran espacios, por ejemplo, de supervisión del Dispositivo; es decir, espacios de reflexión para pensar el mismo dispositivo como tal.

Tengo entendido que cuando, dentro del Servicio, se organizaron las áreas de acuerdo a la franja etaria, el objetivo era lograr un trabajo más integrado, porque hasta el momento estaban funcionando equipos, por ejemplo, familia, psicopedagogía, diagnóstico, tratamiento, etc; que no funcionaban con fluidez, eran como compartimentos estancos; por lo tanto la idea de trabajar por rangos de edad era formar equipos interdisciplinarios. Que cada área tuviera su espacio de reunión y pudiera trabajar más interdisciplinariamente en lo que es la Clínica. Al entrevistar a Pattin, creador de la organización por áreas etarias, nos transmitió que el discurso con el que se crearon las áreas fue éste; no sé si alguna vez funcionaron así. Ahora no está funcionando así, las reuniones de áreas más que nada es un lugar para hacer el pasaje de pacientes, discutir alguna admisión, interconsultas, pero no es un espacio para actividad interdisciplinaria.

¿Qué obstáculos y desventajas encuentra en el trabajo interdisciplinario?

Se tiene que estar dispuesto y abierto a dialogar y compartir con los otros. La Interdisciplina implica un trabajo y un esfuerzo de poder descentrarse del propio saber disciplinario y poder escuchar lo que otro profesional tiene para decir, dándole algún valor, pensando que puede aportar algo distinto. Uno debe partir de aceptar que el saber de uno no es suficiente para abordar la complejidad de lo que puede estar pasándole a un sujeto. Creo que a partir del reconocimiento de esa falta, es que uno puede abrirse y tener la posibilidad de pensar en conjunto con el otro. Es básico partir de la aceptación de que el saber de uno no es suficiente. Asimismo, también se juega mucho lo personal; porque las disciplinas se encuentran a través de los profesionales, y pueden surgir roces, malentendidos, acuerdos, afinidad. Lo personal puede permitir, facilitar u obstaculizar el intercambio disciplinario.

Por otro lado creo que aquí, históricamente, la modalidad de trabajo ha sido esta, quizá la forma de trabajo tiene el peso de la rutinización.

Otro punto es la confusión entre Interconsulta e Interdisciplina, muchas veces se cree que se trabaja interdisciplinariamente porque se hacen interconsultas.

La falta de tiempo también es algo fundamental. La Interdisciplina requiere mucho tiempo, porque para poder intercambiar es necesario, antes, discutir y pautar acuerdos básicos. En la vorágine diaria no alcanza el tiempo material para reunirse a pensar objetivos, estrategias, etc

También la falta de espacios compartidos, si bien están las reuniones de áreas, creo que sería rico que existieran espacios conjuntos de reflexión, por ejemplo, sobre temáticas. Tengo la sensación de que están las residencias por una parte, las concurrencias por otro, hace falta espacios que nos nucleen a todos.

Sintetizando, reitero que en la clínica, que es la actividad que más se realiza en el Servicio, los principales obstáculos serían la falta de tiempo, de espacios compartidos y reconocer que el saber propio de cada disciplina no es suficiente para los abordajes que se nos plantean, reconocer la falta en cada especificidad.

También creo que influye entre quiénes se da el intercambio. No es lo mismo el intercambio, ni los términos que se utilizan, en el discurso entre profesionales de una misma unidad, por ejemplo, que comparten el pensamiento y discurso psi; que creo que fuera del servicio es más complicado.

¿Qué ventajas encuentra en el trabajo interdisciplinario?

La ventaja principal, que fundamenta la Interdisciplina, es poder hacer un abordaje distinto de las situaciones. Actualmente las situaciones tienen tal complejidad que desbordan el saber disciplinar específico, que inevitablemente hace un recorte; es decir que, cada uno hace un recorte de la situación en tanto profesional de un determinado campo. Y esto no es suficiente.

La Interdisciplina nos permite poder abordar una situación desde una mirada más integral, multirrefencial pudiendo, hacer algo distinto, produciendo integración entre las disciplinas y no una sumatoria. Permite un abordaje complejo más acorde a las demandas actuales; Creo que es una modalidad que se necesita tanto para lo clínico como para lo preventivo.

¿Cree que hay disciplinas más propensas a la modalidad interdisciplinaria?

Puedo hablar de Psicopedagogía, sinceramente desconozco cómo es la formación en otras Residencias. Creo que desde nuestra formación, se pone mucho énfasis en el trabajo interdisciplinario. Es un contenido en el programa de formación, y desde lo cotidiano, en el ejercicio se intenta capacitar y fomentar el trabajo interdisciplinario. Luego, que se pueda o no lograr, es otra cuestión; pero sí está muy presente en nuestra formación. Es un tema recurrente, pero no sólo a nivel teórico y de discurso, si no que se intenta llevarlo a la práctica. No sé si otras Residencias ponen tanto énfasis en esta modalidad de trabajo.

Lo que se escucha, tanto acá como en otros hospitales, es que frecuentemente es la psicopedagoga la que va detrás, busca esta forma de trabajo. Quizá es una lectura que hacemos las propias psicopedagogas.

