

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Alberto de Micheli

DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL Y
TÉCNICA

Director: Lic. Gabriel Listovsky

RESIDENCIA DE PSICOPEDAGOGÍA

Coordinadora General: Lic. Silvia Dubkin

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Residencia de Psicopedagogía

Coordinadora del Equipo de Psicopedagogía: Lic. Juana Marrón

Jefa de Residentes: Lic. Luciana Novoa

Rotación Intrahospitalaria:
un posible espacio de
Aprendizaje e Intervención Psicopedagógica.

Trabajo de Inserción

Residentes:

Lic. María Eugenia Chiesa

Lic. María Luz Granati

2006

Agradecemos la dedicación y el compromiso de nuestra Coordinadora, la Lic. Juana Marrón y de nuestra Jefa de Residentes, la Lic. Luciana Novoa, quienes nos acompañaron con su saber, alegría y entusiasmo.

Agradecemos la colaboración de nuestras compañeras del Equipo de Psicopedagogía por la calidez con la que nos recibieron y por compartir con nosotras sus experiencias.

Agradecemos al Dr. Jaime Tallis, a la Dra. Nora Goyeneche, a la Dra. Rosana Scóccola y a la Dra. Marta Piasco, quienes nos reciben en los espacios de rotación, posibilitando el enriquecimiento de nuestra formación.

Índice

1. Introducción
2. Marco Contextual
3. Marco Teórico
 - 3.1. El rol de la psicopedagoga como residente en la institución hospitalaria.
 - 3.2. La rotación intrahospitalaria como instancia de formación del residente. Implicancias de la misma.
 - 3.3. La construcción del vínculo entre el psicopedagogo y el profesional de consultorios externos.
 - 3.4. Pensando en un abordaje interdisciplinario.
 - 3.5. Intervenciones: entre la Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.
 - 3.6. Una historia clínica, varios profesionales.
Pensando acerca de la particularidad de la terminología médica.
 - 3.7. Algunas temáticas de la formación psicopedagógica que contribuyen a pensar posibles intervenciones en el ámbito de la rotación.
4. Desarrollo: Articulación de conceptos teóricos con las entrevistas y nuestra propia experiencia en rotación intrahospitalaria.
5. Conclusión
6. ANEXO I: Entrevistas
7. ANEXO II: Glosario y Abreviaciones
8. ANEXO III: Trabajos para un rastreo histórico del GTIAD
9. Bibliografía

1. Introducción

Ante la demanda de realizar el trabajo de inserción, dos fueron las ideas que inicialmente pensamos para desarrollarlo. A la hora de definir y decidir el tema para el mismo, partimos de una necesidad que teníamos por conocer, repensar y fundamentar cuál es nuestro rol como psicopedagogas en uno de los primeros espacios de formación del residente de psicopedagogía del Hospital Durand: *la rotación intrahospitalaria por consultorios externos* en Neuropediatría, Pediatría del Desarrollo, Neonatología.

¿Qué es lo que se hace en este espacio como psicopedagogas? ¿Qué tengo que saber para participar en este lugar de saber médico? ¿Qué idea tienen los otros profesionales de lo que es la psicopedagogía y la inserción en la rotación? ¿Qué se puede hacer o de qué manera se puede intervenir cuando al leer la historia clínica de un paciente nos encontramos con terminologías y abreviaturas que no comprendemos? ¿Se pueden hacer intervenciones desde una mirada psicopedagógica en este espacio? ¿Se suele hacer esto?

Estas y otras muchas preguntas y cuestiones son las que nos proponemos pensar y significar en este trabajo de inserción y formación para poder capitalizar estos espacios de aprendizaje para los profesionales que participan del mismo, intentando construir un lugar de atención integral para el niño y su familia.

Nos proponemos, por un lado, acercarnos a una visión más próxima de cuestiones y terminología recurrentes que escapan a nuestra formación, pero que consideramos relevantes en nuestro quehacer psicopedagógico como profesionales insertas en un grupo interdisciplinario. Por otro lado, queríamos pensar y reflexionar sobre posibles intervenciones que pueda realizar el psicopedagogo en estos espacios de rotación, para contribuir a la definición de su rol y, a su vez, favorecer al paciente a partir de la nombrada atención integral. Esto también implica repensar el vínculo que se establece con el profesional a cargo de la consulta y la pertinencia de nuestras intervenciones.

Objetivos

Generales

- * Pensar el rol del psicopedagogo en la rotación por consultorios externos.
- * Aportar al Equipo de Psicopedagogía en el cual nos insertamos, el desarrollo de una temática que le sea pertinente y que pueda enriquecer al mismo.
- * Reflexionar acerca del espacio de rotación como instancia de formación para el psicopedagogo.

Específicos

- * Pensar acerca de cómo generar en el espacio de rotación, un lugar desde la psicopedagogía que enriquezca a todas las personas intervinientes en la consulta: el paciente, la familia, los profesionales y la psicopedagoga.
- * Conocer las expectativas del profesional a cargo del consultorio por el cual rotamos, acerca de nuestro rol en ese espacio en particular.

* Indagar la influencia de las representaciones que tiene la psicopedagoga de su rol en los espacios de rotación, respecto a su posicionamiento allí.

* Conocer terminologías y prácticas médicas habituales utilizadas por el médico durante la consulta.

* Capitalizar la experiencia de rotación otorgándole un significado a las prácticas médicas que sea valioso para nuestra disciplina.

* Favorecer la construcción de intercambios interdisciplinarios entre el rotante y el profesional a cargo de la consulta.

* Explorar las intervenciones y orientaciones posibles desde nuestro rol.

* Describir y enumerar posibles intervenciones psicopedagógicas en el ámbito específico de rotación.

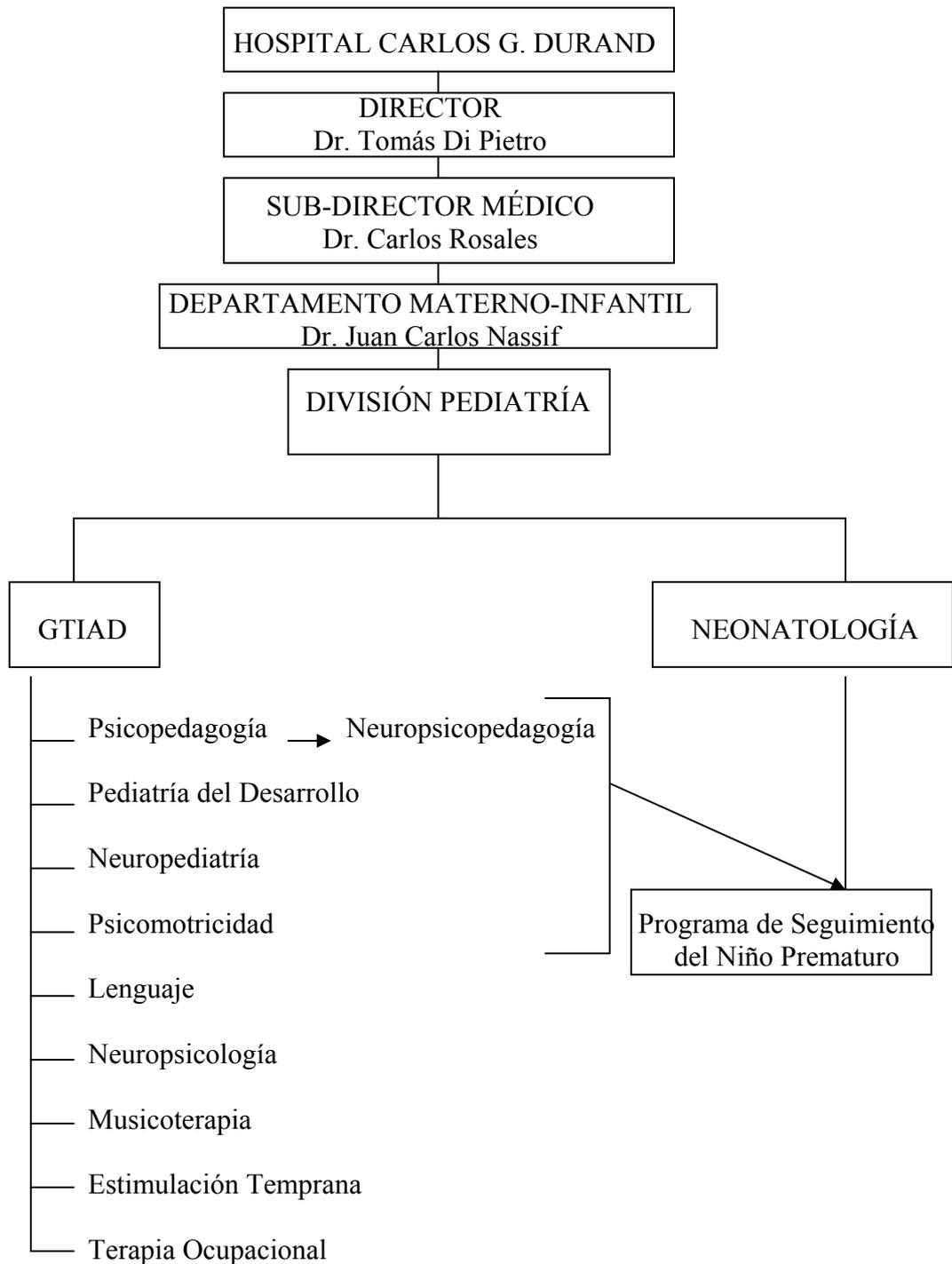
Para intentar responder a los objetivos propuestos, se comenzará contextualizando la ubicación del Equipo de Psicopedagogía dentro del organigrama del hospital. Describiremos las funciones y actividades que realizan tanto este como otros equipos involucrados en el espacio de rotación.

Luego, se desarrollarán los ejes teóricos vinculados al tema que nos convoca en este trabajo de inserción. Desde allí se pensará la articulación con la información obtenida a través de nuestra experiencia y la de nuestras compañeras, como así también la que recabamos en las entrevistas realizadas a los profesionales que permiten participar de estos espacios de rotación.

Al finalizar, se anexará un glosario con ciertas terminologías que consideramos de interés para el profesional que rota, abarcando conceptos que se manejan cotidianamente en los consultorios de Pediatría del Desarrollo, Neuropediatría y Neonatología. También se anexará un apartado con los trabajos previos sobre la temática histórica del GTIAD.

Creemos que este trabajo contribuirá a la comprensión anticipada del rol del psicopedagogo en los espacios de rotación intrahospitalaria. Deseamos a la vez que sólo sirva como base de lanzamiento, ya que esta construcción deberá ser enriquecida permanentemente en el pasar de futuras rotaciones.

2. Marco Contextual



Para contextualizar el presente trabajo de inserción, presentamos un esquema que ilustra la organización del Departamento Materno-Infantil, dentro del cual, en la División Pediátrica, está inserto el Grupo de Trabajo Interdisciplinario en Aprendizaje y Desarrollo (GTIAD), del cual depende el Equipo de Psicopedagogía y algunos de los equipos por los cuales se realizan las rotaciones que fueron motor de la temática que nos convoca. Otro de los equipos con los

cuales se trabaja en las rotaciones por consultorios externos y que también forma parte de la División Pediatría es el consultorio de Neonatología.

A continuación realizaremos una breve reseña acerca de algunos equipos del GTIAD, específicamente el de Psicopedagogía y aquellos en los cuales nos insertamos en las rotaciones por consultorios externos. Estos son: Neuropediatría, Pediatría del Desarrollo, Psicomotricidad y Estimulación Temprana. Se explicitarán las actividades y los coordinadores de cada uno. También se abordará el equipo de Neonatología, por el cual también rotamos.

Es necesario señalar que Psicomotricidad y Estimulación Temprana son equipos en los cuales la rotación no se realiza frecuentemente. En estos casos, la inclusión de la psicopedagoga en ese espacio depende de las inquietudes de la misma y de que una residente en particular solicite rotar por alguno de los equipos mencionados. Por esta razón nuestro trabajo incluirá información respecto a Psicomotricidad y a Estimulación Temprana, pero estará centrado en los restantes equipos mencionados, los cuales reciben residentes de psicopedagogía continuamente en una rotación ya sistematizada.

Neuropediatría

Se realizan consultas por trastornos neurológicos y se interviene en la consulta por pacientes que presentan dificultades de aprendizaje. El Dr. Jaime Tallis, quien coordina este equipo, además del examen médico-neurológico, se ocupa de realizar observaciones de cuadernos o carpetas, de indagar datos de crianza, de escolaridad, antecedentes personales y familiares, de realizar una lectura de los informes, y de realizar derivaciones cuando lo considere pertinente, entre otras cosas.

Pediatría del Desarrollo

Está a cargo de la Dra. Marta Piasco, quien realiza una evaluación madurativa de 0 a 10 años. La pediatra investiga las causas de las dificultades escolares, a través de una anamnesis, el examen clínico del niño, la observación de cuadernos y la comunicación con los docentes. Las variables que tiene en cuenta, más frecuentemente, al respecto son: problema clínico general, problema sensorial o problemas de orden familiar y/o social. De esta manera se evalúan las herramientas que el aprendizaje requiere, como así también la detección de situaciones familiares, escolares o sociales comprometidas en el proceso de aprendizaje del niño. En caso de creerlo necesario, la Dra. Piasco realiza interconsultas y derivaciones con otros equipos del GTIAD.

Neonatología

Este equipo está conformado por las neonatólogas: Dra. Scoccola y Dra. Goyeneche. Se evalúan los aspectos neurológicos, sensoriales y madurativos de todos los prematuros nacidos en el Hospital Durand, a través de observaciones clínicas y exámenes pediátricos de rutina (peso, talla, perímetro cefálico). Para estas evaluaciones se utiliza como parámetro lo que se denomina *edad corregida*, dejando de lado la edad cronológica real. La edad corregida se obtiene estableciendo la diferencia entre la edad y las 40 semanas (tiempo en que se

considera un embarazo a término) que luego se resta a la edad del niño. El *Programa de Seguimiento del Niño Prematuro* trabaja conjuntamente con el Equipo de Pediatría del Desarrollo, Psicopedagogía y Psicomotricidad.

Psicomotricidad

Este equipo está coordinado por el Lic. Pablo Bottini. En el mismo se trabajan los aspectos vinculados a las dificultades en el desarrollo psicomotor que afecten la capacidad de juego, de escritura, entre otros, en aquellos casos donde el desarrollo motor esté posiblemente afectado. El objetivo del trabajo en Psicomotricidad es que los niños puedan desarrollar y utilizar su potencial corporal, cognitivo y afectivo.

Estimulación Temprana

El equipo trabaja con niños menores de tres años que presentan dificultades en el desarrollo. Está coordinado por la Dra. Mirta Kuperman.

Psicopedagogía

Este equipo está constituido por la Lic. Juana Marrón, coordinadora del mismo, y por la jefa de residentes, las residentes y concurrentes. Dentro del equipo existe un sub-equipo de Neuropsicopedagogía, coordinado por las residentes de tercer año, el cual interviene, desde una mirada clínica, con niños que padecen dificultades en su aprendizaje y que poseen un diagnóstico de índole neurológico (o la suposición del mismo) o fallas importantes en la constitución subjetiva. La participación en este equipo es obligatoria para residentes y concurrentes.

El Equipo de Psicopedagogía realiza actividades de formación, dentro de las cuales se destacan: reuniones de equipo, reuniones del sub-equipo, supervisiones, reuniones bibliográficas, presentación de ateneos clínicos, realización del curso anual. En el área asistencial se destacan las actividades: entrevistas de admisión, diagnósticos y tratamientos individuales, tratamiento grupal, seguimientos. En el área interdisciplinaria se realizan rotaciones intrahospitalarias por consultorios externos en los equipos de Pediatría del Desarrollo, Neuropediatría, Neonatología, Psicomotricidad y Estimulación Temprana; ateneos mensuales y curso anual del GTIAD. También se realizan actividades preventivo-comunitarias, dentro de las cuales se encuentran los talleres de orientación educacional, el taller de lectura “Cuentos a la espera” y el taller de lectura en sala de internación pediátrica “La hora de los cuentos”.

Consideramos relevante mencionar las actividades en las cuales se incluyen las residentes de primer año en el Equipo de Psicopedagogía. En primer año de la residencia se espera que las psicopedagogas puedan participar de todas las actividades que realiza el equipo. Inicialmente nos abocamos al armado del trabajo de inserción, a la participación en los espacios de formación y a una primera rotación intrahospitalaria. Seguidamente, se comienza a participar de las admisiones, de algunas actividades preventivo-comunitarias y se inician las actividades asistenciales realizando algún diagnóstico y/o tratamiento. En nuestro

caso, dentro de las rotaciones intrahospitalarias, comenzamos concurriendo a consultorios externos de Neuropediatría, con lo cual fueron surgiéndonos preguntas e inquietudes respecto a esta actividad, motivando el hecho de poder tomar éstas como disparadores para nuestro trabajo de inserción.

3. Marco Teórico

3.1. El rol de la psicopedagoga como residente en la institución hospitalaria.

La Residencia de Psicopedagogía del Hospital Durand, a diferencia de otras residencias que se desarrollan en el Área Programática o en Centros de Salud y Acción Comunitaria, funciona como un equipo que depende del *Servicio de Pediatría* dentro del Hospital.

De ahí se desprende que nuestras actividades como residentes se enmarquen inicialmente en un contexto particular (explicitado en el marco contextual) que gira en torno a la atención del niño y su familia por estar dentro de la división materno-infantil.

Anteriormente enumeramos y describimos algunas de las actividades que realiza el residente. La formación y capacitación integral del mismo en el Hospital Durand, se evidencia como fundamento de nuestras actividades durante este primer año especialmente. Es por ello que la residencia no está pensada como un espacio meramente asistencial en la cual los residentes deben cumplir la función de “tapar agujeros” o atender los desbordes de una lista de espera, sino como un espacio que garantiza su proceso formativo.

Por todo esto el Sistema de Residencia en Psicopedagogía se plantea capacitar a los profesionales para que puedan:

- Generar acciones de salud enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
- Desarrollar estrategias y dispositivos clínicos para la atención de niños, adolescentes y adultos con problemas de aprendizaje.
- Integrar un equipo interdisciplinario con miras a lograr un abordaje integrado e integral del niño o adolescente con problemas de aprendizaje.
 - Llevar a cabo acciones de articulación interinstitucional e intersectorial.
 - Visualizar, promover y fortalecer las redes sociales.
 - Promover aprendizajes saludables a nivel individual, grupal, institucional y comunitario.
- Producir trabajos de conceptualización sobre la práctica y desarrollar investigaciones a partir de las problemáticas inherentes a la misma y al campo profesional.¹

Como mencionamos anteriormente, al estar insertos en el Equipo Interdisciplinario de Aprendizaje y Desarrollo, el encuentro de diversos profesionales de la salud pertenecientes a este y a otros equipos del servicio de Pediatría, brinda la posibilidad de compartir y construir espacios de aprendizaje para abordar situaciones complejas, que escapan a nuestra disciplina, permitiendo desplegar abordajes diferentes y nuevos tanto en el ámbito de lo preventivo y promotor de la salud, como en la resolución de problemas de aprendizaje.

Pablo Bonazzola en *“Las residencias de los equipos de salud”*² argumenta que la normativa de las residencias en sus eventuales actualizaciones, debe

¹ Cuadernillo del Sistema de Residencias y Concurrencias: año 2006, Dirección de Capacitación y Desarrollo, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

asumir el nuevo diseño del sistema de salud, incorporando la organización y la pertenencia a redes, la prioridad del primer nivel y la interdisciplina entre otras.

La Residencia en Psicopedagogía “posee una organización que se estructura en base a la noción de capacitación *en red*”³ Desde esta perspectiva la realidad es concebida en términos de relaciones que dan lugar a un ida y vuelta permanente de información y formación, multiplican y potencian los vínculos que favorecen el aprendizaje, haciendo que las singularidades no sean partes que se sumen para obtener un todo, sino que construyan significaciones en la interacción. La organización en red apela permanentemente a la reciprocidad, es un sistema abierto y multicéntrico que posibilita a través de un intercambio dinámico entre los integrantes la potencialización de los recursos, la creación de alternativas para la solución de problemas o la satisfacción de necesidades.⁴

La diversidad de los espacios de formación y capacitación que se abren en la residencia son los que van a dar lugar a la ampliación y construcción continua del campo profesional del psicopedagogo en el desarrollo de estrategias y dispositivos de intervención.

3.2. La rotación intrahospitalaria como instancia de formación del Residente.

3.2.1. ¿Qué significa rotación?

El término rotación proviene del latín *rotatio, rotationis*, que es la acción de moverse en redondo. Derivado de *rotare* dar la vuelta. Asociado a la alternancia de personas en un trabajo o una función, alternancia de cosas en un intervalo de tiempo.⁵

Es de la familia etimológica de rueda. El término alude a giro, vuelta, revolución, viraje.

Relacionando este nuevo espacio que se nos abre como rotantes y vinculándolo a su terminología, esta definición nos hace pensar en algo que Nélide Atrio denominó la *ley del Compás*: que plantea que en cierto tiempo las disciplinas ignoraban su necesaria interconexión de ideas, la psicología se ocupaba de comprender al ser, la pedagogía del enseñar y de la educación, y la medicina del arte de curar el cuerpo enfermo. Pero luego fueron necesarios movimientos de apertura de cada uno de estos saberes. “*Cuando una disciplina comienza a recurrir a definiciones secundarias para poder justificar el basamento de sus referentes básicos, sabemos que está dando un paso para auto redefinirse. Necesita nuevos puntos de apoyo para ampliar el radio de acción*” (...) “*Se delimita un campo, un espacio, se fija el punto de apoyo y se comienzan a abrir los círculos del compás. Llegando al ángulo llano, será necesario mover*

² Bonazzola, Pablo y otros. *Las residencias en los equipos de Salud, Desafíos en el contexto actual*. Noviembre de 2002.

³ Cuadernillo del Sistema de Residencias y Concurrencias: año 2006, Dirección de Capacitación y Desarrollo, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

⁴ Dabas, Elina. *Redes en Salud*. Buenos Aires. Año 2000.

⁵ <http://www.diccionarios.com/>

*el punto fijo hacia otro punto fijado para movilizar las áreas de nuestra ágil observación estableciendo intersecciones”.*⁶

Este giro metafórico que da el compás, esta *vuelta* o rueda que hacemos por los consultorios externos, lo pensamos como una apertura y una búsqueda de complementariedad interdisciplinaria, una modalidad que permita abrir las fronteras del querer saber.

3.2.2. La rotación del psicopedagogo en el Hospital Durand.

La rotación por consultorios externos del equipo de psicopedagogía es una actividad que se viene realizando desde que comenzó la residencia. Actualmente se está practicando por Pediatría, Neuropediatría y Neonatología. La duración de la rotación es de aproximadamente tres meses en cada especialidad.

Difícilmente se realizan en forma simultánea, sino que suelen darse de manera consecutiva. La frecuencia con la que asistimos es semanal y suelen tener una duración de entre dos a tres horas. En éstas además de atender pacientes, el profesional suele explicar, dialogar, reflexionar con el rotante, cuestiones de interés para el mismo. Esto va variando de acuerdo al profesional, su especialidad y según su concepción sobre el rol del rotante en la rotación (cuestión que desarrollaremos en el análisis de las entrevistas).

En algunas oportunidades el lugar de rotación se amplía a la sala de internación pediátrica, por ejemplo cuando se rota por Neuropediatría con el Dr. Tallis, se observa que la atención que él brinda no se reduce al consultorio, sino que además interviene en casos de niños internados en sala que padecen cuestiones neurológicas.

3.2.3. La rotación: un espacio de aprendizaje.

Al decir de Nélide Atrio, *espacio* denota tanto una dimensión espacial como una dimensión temporal. Tomando ambas coordenadas un espacio psicopedagógico es, por tanto, un lugar descubierto o construido en cierto transcurso del tiempo. “*Considerándolo así el espacio psicopedagógico es un territorio y una historia, un mapa y un reloj*”.⁷

Pensamos la rotación del residente como un espacio psicopedagógico de aprendizaje. Aprendizaje entendido como un proceso por el cual nos apropiamos de la realidad hospitalaria en la cual nos insertamos, ya instituida, pero cambiante, en la que trabajan profesionales de diversas disciplinas y a la que acuden cientos de personas diariamente en busca de asistencia.

El significado del quehacer psicopedagógico en la institución hospitalaria sólo puede ser entendido cuando más allá de la práctica misma, es posible analizar las relaciones que se establecen o deberían establecerse con las prácticas médicas con las que “compartimos pacientes”. Esta multiplicidad de interacciones con el medio hospitalario, va a posibilitarnos enfrentarnos con contrastes, con contradicciones que nos plantearan conflictos, preguntas y posibles soluciones.

⁶ Atrio, Nélide. *Espacios Psicopedagógicos*. Editorial Psicoteca, Buenos Aires, 1997. Página 8.

⁷ Atrio, Nélide. Op. Cit.

La medicina, la psicopedagogía, el psicoanálisis, no lo saben ni lo pueden todo. Hay niños que tienen problemáticas que implican verdaderos desafíos para cualquier saber instituido. Esto marca la necesidad de un espacio de rotación, de interconsulta, de trabajo interdisciplinario.

Entendemos la psicopedagogía como una disciplina en cuyo campo se entrecruzan saberes para abordar la complejísima problemática del aprendizaje. Esta llama a la necesidad de una apertura teórica que muy bien expresa Edgar Morin al hablar del pensamiento complejo. Este pensamiento aspira al conocimiento multidimensional, *“está animado por una tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento”*⁸. “No hay dos pacientes, dos síntomas, dos padres iguales, por lo que no hay un modo, una receta, una técnica que valga para todo”⁹.

La observación de pacientes y cuadros clínicos que quizás leímos en muchos libros pero que nunca vimos directamente, el contacto con patologías orgánicas no tan conocidas, abre un espacio que nos genera preguntas y que permite seguir profundizando y aprendiendo.

3.3. La construcción del vínculo entre el psicopedagogo y el profesional del consultorio externo.

La práctica psicopedagógica en un hospital no puede ser entendida independientemente de su relación con la práctica médica, ya que muchos de los casos en que un niño llega a consultar a nuestro equipo, lo hace derivado por el Dr. Tallis, (Neuropediatra), por la Dra. Piasco, (Pediatra del Desarrollo), o por las Dras. Scóccola y Goyeneche (Neonatólogas) que hacen las derivaciones de los seguimientos a prematuros.¹⁰

El espacio de rotación es un espacio ideal para ir conociendo a estos diferentes profesionales, su forma de trabajo, así como también para que ellos nos vayan conociendo a nosotras. De esta manera ir formando un vínculo que permita en caso de necesitarlo, poder acercarnos al profesional cuando hay alguna duda respecto de un paciente, una medicación, etc.

La problemática del aprendizaje excede el área de la Educación para entrar en el de la Salud. La Pediatría plantea no sólo introducir salud donde hay enfermedad, sino la promoción y prevención de la misma, y *“este espacio de rotación nos invita a compartir reflexiones, y es justamente desde la práctica clínica donde aparecen los puntos en común de nuestro accionar”*.¹¹

Frente a un niño que sufre o que tiene algún padecimiento, los padres y los docentes sienten *no saber y no poder*, por lo que lógicamente atribuyen al

⁸ Morin, Edgar, *Introducción al pensamiento complejo*, Gedisa, Barcelona, 1997, pág 23.

⁹ González Bruza, Liliana, *Pediatría- Psicopedagogía, hacia la búsqueda de acuerdos*, Revista Aprendizaje Hoy, Nro. 30, Forma Editora, Buenos Aires, pág. 55.

¹⁰ Cabe destacar que otra vía importante de derivación al equipo se realiza a través de los Equipos de Orientación Escolar. Este tema fue abordado en el trabajo de inserción hecho por las residentes de primer año en el 2005.

¹¹ González Bruza, Liliana. Op. Cit, pág 54.

profesional al que consultan un Saber indiscutible. Si bien ello es necesario para que se instale alguna opción diagnóstica o terapéutica, el peligro está en suponer que nuestra formación nos da un Saber con características de certeza y desde esa posición nos precipitemos en diagnósticos y pronósticos apresurados, en las que el trabajo con padres se reduce a la indicación y el consejo. Es por ello que creemos que el espacio de la rotación, es muy rico también para repensar estas cuestiones que tanto aparecen en el consultorio.

“Sostener un espacio de ignorancia, garantizaría de alguna manera no perder la posibilidad de sorprendernos dudando de las clasificaciones y diagnósticos apresurados.”¹²

Para integrarse en la consulta hay que ser cuidadoso, respetando las reglas del médico, estando atentas a sus preguntas así como también al discurso de los padres cuando cuentan acerca de su hijo.

Hay que buscar espacios con el médico para intercambiar lo que se vio, para comentarle aquello que nos llamó la atención, para preguntar si la próxima vez podemos hacerle preguntas a la mamá. La psicopedagogía es una práctica capaz de generar y aportar transformaciones e intervenciones conjuntamente al saber médico.

Es importante pactar estas cuestiones con el médico para que no sienta nuestras intervenciones como invasoras, ya que no deja de ser su consulta.

3.4. Pensando en un abordaje interdisciplinario

El continuo compromiso con situaciones donde la salud de las personas está implicada nos lleva a buscar alternativas para mejorar la atención del paciente y su grupo familiar. En esta tarea es necesario interactuar con distintos profesionales de la salud para conformar un equipo.

La interdisciplina es una temática ampliamente desarrollada en el Equipo de Psicopedagogía del G.T.I.A.D., siendo el tema abordado por la Lic. Luciana Novoa y la Lic. Felicitas Canal Rodríguez en su trabajo de inserción en el año 2003.

En esta oportunidad decidimos abordar la interdisciplina como uno de los aspectos que nos convoca a pensar la rotación intrahospitalaria. ¿Es posible construir un espacio interdisciplinario en ese ámbito de inserción psicopedagógica?

Comenzaremos retomando en este apartado algunos conceptos trabajados por las residentes mencionadas y otros autores, que nos permitan luego pensar la práctica en la rotación por Neonatología, Pediatría del Desarrollo y Neuropediatría específicamente.

Frecuentemente observamos como los conocimientos fragmentados en las diversas disciplinas que se ocupan de niños y adolescentes nos resultan insuficientes ante problemáticas familiares, escolares, laborales, sociales, crecientemente complejas y polidimensionales. “Es urgente que volvamos visibles y audibles las complejidades, la irrupción de lo inesperado, lo turbulento,

¹² González Bruza, Liliana. Op. Cit.

la diversidad incesante en lo humano, lo social, lo cultural, lo familiar, lo subjetivo. Esta articulación sitúa los conocimientos en su contexto. Admite en todo momento la complejidad en la diversidad, la incertidumbre, la novedad, la singularidad de los fenómenos y los problemas, el intercambio interdisciplinario.”¹³

“El siglo XX nos aportó "la certidumbre de lo incierto", en los conocimientos y en los fenómenos. Esta incertidumbre, precariedad y riesgo, constitutivos de la condición humana, vuelve imprescindible el llamado a la interdisciplina para abordar la complejidad. Pensamiento interdisciplinario, constructivo y al mismo tiempo deconstructivo. Pensamiento que aunque se desee omnipotente, está restringido por la humildad (...) de sabernos frágiles, limitados.”¹⁴

Hablar de interdisciplina es un tema central en el ámbito científico contemporáneo. En reiteradas oportunidades se utilizan prácticas o conceptos intercambiables (multidisciplina, interdisciplina, transdisciplina), suponiendo un acuerdo ilusorio sobre un discurso aparentemente nuevo, sin delimitar con claridad, de qué se habla ni las diferencias existentes entre estos conceptos.

Tomando las ideas de la Lic. Silvana Perazzo, se considera que “hablar de interdisciplina supone desmitificar la idea de una pacífica confluencia multidisciplinaria (...) No en todos los momentos acordamos aspectos teóricos o planes de trabajo (...) No todos podemos hacer interdisciplina, no todos sabemos escuchar, no es sencillo reconocer que la propia no es una verdad absoluta. Son las personas las que llevan a cabo la interdisciplina. Para ello hay que tener la permeabilidad para el movimiento que la discusión interdisciplinaria requiere. Si mi disciplina es absoluta, no hay interdisciplina posible.”¹⁵ Siguiendo con la reflexión de esta psicopedagoga es importante mencionar que la interdisciplina no garantiza el acceso al conocimiento total ya que esa falta siempre estará y será motor de la búsqueda de conocimientos, permitiendo la retroalimentación para nuevos intentos de acceso al conocer.

La posibilidad de centrarse en un problema común y no en las disciplinas es posible si cada una de ellas explicita sus supuestos básicos y no pierde su especificidad, si pueden definir sus posibilidades de resolución y operancia y aportar soluciones a los problemas planteados. De esta forma, lo interdisciplinario, no se traduciría ni en subordinaciones ni en la propuesta de transformar un conocimiento en una ciencia de las ciencias, sino por la posibilidad de abordar un fenómeno concreto que se interconecta a través de los diversos ángulos que permitirían su posible resolución.

Haydée Echeverría considera que “para que exista propiamente interdisciplina debe darse una modificación en los perfiles específicos de cada uno de los abordajes convocados a la resolución de una problemática científica que actúa como disparador conceptual.”¹⁶ En el desplazamiento de la atención centrada en

¹³ Lic. Canal Rodríguez Felicitas; Lic. Novoa Luciana. *Interdisciplina: Alcances y Límites en el G.T.I.A.D Hoy*. Trabajo de Inserción del Hospital Durand. Año 2003.

¹⁴ Lic. Canal Rodríguez Felicitas; Lic. Novoa Luciana. Op. Cit.

¹⁵ Perazzo, Silvana. *La escuela asediada. Alternativas y propuestas*. VIII Jornadas anuales de los Equipos de Orientación Escolar, 1997.

¹⁶ Tallis, J.; Tallis, G.; Echeverría H.; Garbarz, J.; Fiondella, A. *Estimulación Temprana e Intervención Oportuna*. Miñó y Dávila Editores, Buenos Aires, 1999.

el eje hospital/enfermedad hacia el eje salud/comunidad, esta psicóloga propone la instalación de consultorios pediátricos interdisciplinarios de atención primaria con un enfoque específico de seguimiento del desarrollo como proyecto interdisciplinario orientado a proporcionar una respuesta a la demanda de la población.

¿Cómo lograr un trabajo interdisciplinario? ¿Qué requisitos son necesarios? Para encontrar puntos de contacto en el intercambio entre los profesionales, Natalio Fejerman señala la necesidad del respeto por las otras disciplinas, de profundizar cada una la investigación en su campo y de intentar buscar un código común para transmitir la información en forma comprensible. Dice también que “las condiciones ideales para el desarrollo de una tarea interdisciplinaria se alcanzan cuando existe la posibilidad de un contacto permanente, y todos debemos luchar para que las instituciones responsables consideren esta necesidad en bien de la comunidad y sus miembros afectados”¹⁷ Frente a la complejidad del ser humano, el trabajo interdisciplinario puede pensarse fructífero requiriendo sólo de pocas cosas. Estas cosas, según el Dr. Tallis, serían, “...en primer lugar, estar dispuestos a pensar, en el sentido que el término refiera a la necesidad de poner en juego los supuestos, es decir, estar dispuestos a confrontar nuestros conocimientos con el de las otras disciplinas y ceder parte de la razón. En segundo lugar poseer la suficiente modestia para sentir que la ignorancia es la mejor creencia del saber, y que estos son transitorios, requisito indispensable para poder ser abandonados por los nuevos conocimientos que impone el avance científico. Por último, debido al respeto que debemos a nuestros colegas de otras disciplinas, no puede haber ninguna que se sienta hegemónica para pretender atravesar con su saber a las demás; en última instancia, la verdad es una suma de verdades parciales que nos van dando los distintos tipos de visiones con la cual abordamos al paciente”¹⁸.

Siguiendo con el análisis de las condiciones necesarias para los intercambios entre las disciplinas, J.A. Castorina considera que las condiciones mínimas serían: la existencia de disciplinas con un grado de consolidación teórico y metodológico (la diversidad de disciplinas no debería eliminar la identidad y autonomía de cada una de ellas); la delimitación de problemas que rebasen las fronteras alcanzadas por las disciplinas particulares; el intercambio debe modificar y enriquecer a cada una de las disciplinas, en la medida en que se revisan los enfoques adoptados por otras y se reflexionan las hipótesis propias sobre los problemas, “cada disciplina debe admitir los cambios de su enfoque derivados de la ‘novedad’ de los enfoques de las otras disciplinas y de la originalidad de las demandas”¹⁹; los intercambios deben producirse no sólo en uno de los investigadores sino en todo un equipo de trabajo. Estos equipos deberían planificar y sostener los intercambios, presentar clara disponibilidad para el diálogo y adoptar una actitud de reconocimiento ante los desafíos.

¹⁷ Fejerman; Fernández Álvarez. *Neurología Pediátrica*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2001.

¹⁸ Tallis, Jaime. *El rol del Neuropediatra en la Interconsulta*. Revista Pertener Ser N° 8, Cifap, 1998.

¹⁹ Castorina, J.A. *El aprendizaje en la perspectiva interdisciplinaria*.

Existen además, al decir de Nora Elichiry, otros “prerrequisitos complementarios” para que la interdisciplina se constituya como tal. Estos serían: el trabajo en equipo formando actitudes cooperativas; la intencionalidad ya que la relación entre las disciplinas debe ser provocada, el encuentro fortuito entre disciplinas no es interdisciplina; la flexibilidad sin actitudes dogmáticas y con posibilidades para el diálogo; la cooperación recurrente necesaria para lograr la cohesión del equipo; y la reciprocidad que implica la interacción entre las disciplinas llevando al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos, técnicas.

3.5. Intervenciones: entre la Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

El tema que nos convoca en este trabajo, plantea un espacio de rotación que abre la pregunta acerca de la pertinencia de las intervenciones psicopedagógicas en los mismos. Es así como, pensando en la posibilidad de realizar acciones promoviendo la salud o previniendo la enfermedad en estos espacios, creemos necesario plantear la diferencia entre una intervención que apunte a la promoción o a la prevención, definiendo ambos términos.

Al hablar de prevención se alude a la posibilidad de anticiparse mediante medidas previas de precaución, prepararse con antelación a los acontecimientos, interrumpir un hecho. Esta acción anticipada que implica la prevención, tiene como objetivo lograr que el progreso de la enfermedad sea improbable.

“Las acciones preventivas son definidas como acciones directas para evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y prevalencia en las poblaciones...”²⁰ De esta manera, abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez que se encuentra establecida.

Al hablar de promoción, en cambio, se hace referencia al desarrollo, al progreso, a estimular, favorecer o sostener activamente. Implica “(...) medidas que no están dirigidas a una enfermedad o dolencia sino que apuntan a mejorar la salud en general y la calidad de vida”²¹.

Mediante la promoción de la salud, se intenta que las personas puedan incrementar el control sobre los determinantes de la salud para mejorarla. Implica un proceso que “(...) abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La

²⁰ Czeresnia, D. *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*, en Cuadernos de Salud Pública. Brasil, 2001.

²¹ Czeresnia, D. Op. Cit.

participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.²²

3.6. Una historia clínica, varios profesionales.

3.6.1. ¿Qué es la historia clínica (H.C.)?

Se puede definir a la H.C. como el instrumento mediante el cual el médico o profesional de la salud elabora el diagnóstico, fundamenta el pronóstico y consigna el tratamiento y la evolución del paciente.²³

La asistencia a los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios genera una serie de información médica y administrativa sobre los mismos. Dicha información se registra en varios documentos, siendo el conjunto de éstos lo que constituye la historia clínica.

La historia clínica debería ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica.

La información contenida en la historia clínica puede obtenerse por diferentes vías que son:

- La anamnesis: Es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente.
- Exploración física o clínica.
- Pruebas o exámenes complementarios realizados por el profesional.
- Juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y, finalmente, dejar constancia del curso de la enfermedad y la cura.
- Evolución del Tratamiento.

De esta manera, los cinco componentes principales de la historia clínica son:

- 1-Datos subjetivos proporcionados por el paciente.
- 2-Datos objetivos obtenidos de la exploración física y de las exploraciones complementarias.
- 3-Diagnóstico.
- 4-Pronóstico.
- 5-Tratamiento.²⁴

3.6.2. ¿Cuál es su función?

La principal función de la historia clínica es asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos, como podrían ser

²² Promoción de la Salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

²³ Dr. Christian Bernardo MATZKIN, La historia clínica: el documento médico por excelencia, El independiente digital, Año XLIV - Edición N° 17.741

²⁴ Wikipedia. La Enciclopedia Libre. http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_clinica

Psicopedagogía, Pediatría, o Neonatología. Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera.²⁵

Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento con letra legible. Esto en muchos casos no ocurre y su lectura se hace aún más complicada puesto que cada disciplina tiene una terminología propia.

Cuando a psicopedagogía llega un paciente a admisión, esto siempre se consigna en la historia clínica, así como también el inicio del diagnóstico y/o del tratamiento en caso de haberlos. En caso de ser un paciente que nunca ha sido atendido en pediatría se abre una nueva historia clínica. En la misma se adjuntan informes que trae el paciente de otras instituciones y se va actualizando a medida que se va realizando el diagnóstico/tratamiento del niño. Si es necesaria una consulta médica, somos derivadores al servicio médico que corresponda.

La historia clínica tiene un formato unificado, tiene que haber una ordenación de los documentos y de ser posible, un eje direccional en el tipo de historia a realizar.

3.6.3. Conservación de la historia clínica.

En el hospital Durand cada servicio (Pediatría, Oftalmología, Endocrinología...) cuenta con una historia clínica diferente. El equipo de psicopedagogía al pertenecer al servicio de pediatría, tiene una misma historia clínica con todos los profesionales y equipos pertenecientes a éste.

Las historias clínicas están ordenadas por número. El número de la historia se corresponde con los últimos cuatro dígitos del documento.

Cuando precisamos una historia, nosotras mismas vamos a buscarlas al pabellón de pediatría en donde están ubicadas. Allí se deja registrado qué historia se retiró y por cuál profesional. Ese mismo día deben ser devueltas, ya que, como documentación médica, uno debe responsabilizarse por la misma.

La historia clínica con todos sus documentos tiene carácter confidencial. Por lo tanto, todos los profesionales que tienen acceso a dicha información en su actividad diaria, tienen la obligación de mantener la confidencialidad.

En síntesis es de suma importancia que todos los profesionales puedan tener una buena comprensión de la historia clínica del niño que están tratando, al ser este un documento que guarda información tan relevante. Esto se puede concretar en la medida en que las personas que intervienen en su conformación, contemplen que este es un documento compartido con otras especialidades y que la letra que utilicen pueden facilitar u obstaculizar la comprensión del mismo.

²⁵ Castro, I.; Gómez, M. *Historia Clínicas, Farmacias Hospitalarias*. Barcelona, Tomo 1, Pág. 295.

3.6.4. La particularidad de la terminología médica.

La terminología médica, al igual que otros lenguajes especializados de larga tradición, es un producto histórico en cuya formación intervienen factores científicos, lingüísticos, culturales y sociales. Es el sedimento lingüístico de los saberes y prácticas sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y su curación y prevención. Muchos de los términos médicos, así como también de las abreviaciones que hoy emplean los profesionales en su comunicación especializada son el resultado de la evolución histórica de la ciencia médica y de la lengua²⁶.

Esta comunicación especializada, es la que muchas veces dificulta al profesional de la salud que no tiene conocimientos de medicina, una buena comprensión del material que lee o escucha del paciente.

En un espacio compartido por un médico y un psicopedagogo, como es el de rotación, la terminología médica puede actuar como instrumento que excluya y deje al rotante por fuera de la consulta o que por el contrario actúe como herramienta que dé lugar al diálogo y al intercambio entre ambos profesionales.

Un cuadro clínico, una medicación, un síntoma, son temáticas que pueden abrir y enriquecer la formación y la intervención, si son explicitadas, así como también puede obturar el vínculo con el médico que recibe al rotante y por otro lado una adecuada comprensión del padecimiento del niño que consulta.

Los psicopedagogos hemos tomados muchos aportes de la medicina, de su espacio teórico y su práctica clínica. Hasta nos hemos apropiado de algunos términos teóricos como: paciente, consultorio, alta, diagnóstico, síntoma, etc., pero más allá de esto, es importante poder compartir con el pediatra una ética de la clínica, que apunte a no tender a enfermedades sino a pacientes que al ser niños, nos obligan a ampliar la mirada.

3.7. Algunas temáticas de la formación psicopedagógica que contribuyen a pensar posibles intervenciones en el ámbito de la rotación.

A continuación se desarrollarán algunas de las temáticas a considerar por una psicopedagoga como herramientas para pensar intervenciones en los espacios de rotación intrahospitalaria. Estos y otros temas de la formación psicopedagógica, basados en su mayoría en el conocimiento del desarrollo normal del niño, pueden contribuir a pensar la práctica profesional en este ámbito y a funcionar como disparadores de otras temáticas que pueden considerarse para enriquecer la misma.

3.7.1. Promoción de aspectos saludables del desarrollo

El aprendizaje en el ser humano está presente a lo largo de toda la vida. El niño aprende desde el nacimiento a partir de la relación que establece con las personas y los objetos y situaciones que lo rodean. Es así que resulta necesario un acompañamiento adecuado al niño y su familia para su óptimo desarrollo,

²⁶ Díaz Rojo, J. Antonio; <http://www.medtrad.org/pana.htm>.

propiciando la acción y participación de la comunidad en la mejora de las condiciones de vida de sus miembros.

Nuestro rol como psicopedagogas en consultorios externos, durante los primeros años de vida del niño, se fundamenta en estos criterios. Los primeros aprendizajes y la modalidad de los mismos van a ser la base de sus futuros aprendizajes, por lo cual van a influir en éstos. Por lo tanto, resulta necesaria la observación de aspectos vinculados al desarrollo y la crianza del niño para detectar indicadores de diagnóstico y pronóstico, y para promover aspectos saludables.

Específicamente nuestra mirada puede dirigirse a: la lactancia materna y la alimentación posterior, las funciones cognitivas en el niño, el desarrollo del lenguaje, los límites en la crianza, el juego, el desarrollo psicomotor, la estimulación materna-paterna hacia el hijo, etcétera.

En relación con la lactancia materna, el amamantamiento es un aprendizaje tanto para la madre como para el bebé, el cual requiere tiempo. Es posible que surjan en la mamá muchas preguntas y dudas en relación con la alimentación de su hijo, o que a través de la observación profesional puedan detectarse falta de información y acompañamiento en este proceso. Una orientación al respecto puede incluir aspectos como: beneficios de la leche materna, las distintas posiciones para dar el pecho, alternativas para resolver problemas que puedan presentarse, cómo favorecer el vínculo en esos momentos, como y cuándo realizar el destete.

Como psicopedagogas nuestra observación debe también estar dirigida a las acciones del niño que nos permitan evaluar su desarrollo cognitivo. Desde una mirada psicogenética, las conductas propias de un niño en los distintos estadios que describe Piaget para el desarrollo de la inteligencia, pero aún más la observación de los procesos, constituyen una herramienta para la evaluación del mismo desde sus primeros días de vida.

Este y otros aspectos del desarrollo normal son necesarios a considerar para pesquisar posibles desvíos y evaluar intervenciones al respecto. Es así como se hace necesario tener presentes las conductas esperables en las distintas edades y desde las diferentes áreas de desarrollo: motricidad, lenguaje, juego, visión, audición, sueño y vigilia, cognición.

Otro aspecto importante a considerar en nuestras posibles intervenciones es el vínculo mamá-bebé, temática que va a ser desarrollada en un apartado a continuación.

3.7.2. Observación de indicadores del vínculo materno-infantil.

Un bebé no puede constituirse como tal sin la presencia de los padres. La observación de la diada mamá-bebé puede contribuir a la detección de indicadores de perturbación del vínculo sobre los cuales se puede intervenir para favorecer la construcción del psiquismo del niño.

En el proceso de aprendizaje los niños muestran el tipo de relación que pudieron entablar con la realidad originada por la modalidad familiar. “De la relación inicial del bebé con la mamá surge la modalidad que adoptará el niño en

lo referente a su apropiación de los objetos de conocimiento. No se puede separar el desarrollo del conocimiento con la constitución subjetiva del pequeño.”²⁷

Es la estrecha relación que existe entre la modalidad de la díada madre-hijo y el desarrollo psico-motriz del bebé como base de futuros esquemas de aprendizaje lo que lleva a interesarnos por esta temática y considerarla necesaria en la formación de la psicopedagoga que se inserta en el espacio de rotación intrahospitalaria. Como señala Haydeé Echeverría, “muchos trastornos que observamos en la organización espacio-temporal, en la manipulación de áreas, en la comprensión de situaciones verbales, en los aspectos lógico-matemáticos y en el establecimiento de la causalidad no son sino alteraciones en la constitución diádica fundante del narcisismo infantil.”²⁸

Existen varias grillas o escalas para evaluar este vínculo temprano. Algunos parámetros básicos para el análisis son: la mirada y la interacción visual mamá-bebé, las vocalizaciones, el estilo de manipuleo, la modalidad de sostén, la proximidad, la participación afectiva, molestias y humor del bebé, estimulación materna del bebé, modalidad de iniciar y finalizar la alimentación, respuesta materna a la saciedad del bebé. Estos indicadores del vínculo pueden señalar conductas propias de una relación saludable o no. López, Waisman, Ubici y Martino²⁹, haciendo referencia a las intervenciones en primera infancia, analizan indicadores hacia la salud e indicadores hacia la perturbación que permiten hacer una observación al respecto. Estos son los siguientes:

Algunos indicadores hacia la salud:

Desde la función materna-paterna:

- Conoce a su bebé y lo entiende. Se adapta a sus necesidades e intereses. Inicia y mantiene conductas de ligazón, atención cara a cara, comunicación empática.
- Inicia y mantiene un diálogo tónico en distintos canales sensoriales: visual, sonoro, sostén y contacto piel a piel, acaricia a su bebé, el abrazo es confiado y seguro.
- El diálogo afectivo entonado es estable, predecible, coherente. Facilita acciones y respuestas del bebé. Maximiza los estados de alerta con un adecuado estímulo.

- Frustra cuando es necesario.

Desde el bebé:

- Conoce a su madre, inicia y mantiene conductas de apego. Se amolda al cuerpo de la madre.
- Mira y enfoca con atención el rostro de la madre y muestra expresividad en el contacto ojo a ojo. Se comunica con distintas señales preverbales: sonríe, emite sonidos, gestos e iniciativas de contacto.
- Tono corporal ni hipo ni hipertónico.

²⁷ Albariño; Denegri; Lanfranchi; Saniez. *Mirar y Ser Mirado. Más allá de la Visión*. Escritos de la Infancia.

²⁸ Tallis, J; Tallis, G; Echeverría, H; Fiondella, A. *Estimulación Temprana e Intervención Oportuna* Miño y Dávila Editores. Buenos Aires. 1999. Cap. 3

²⁹ Pereira, Marcela (coord.). *Intervenciones en Primera Infancia*. Noveduc. Buenos Aires. 2005. Cap. 4

- Responde a los cuidados con anticipación; por ejemplo, tiende los brazos o muestra animación antes de ser alimentado.
- Tiene los ciclos de sueño y alimentación regulados.
- Presenta temperamento activo y tranquilo, desarrolla iniciativa, interés y conexión con el ambiente. Demuestra expresiones de placer: goce de ser llevado, deleite, sosiego.
- Expresa una atención mayor hacia las personas que hacia los objetos.

Algunos indicadores hacia la perturbación:

Desde la función materna-paterna:

- Madre no disponible, ni predecible, o ausente. Impide la consumación de apego.
- Alimentación como acontecimiento no compartido.
- No se cumple la función protectora. No logra conocer a su bebé ni entenderlo. No desarrolla ligazón.
- Frustra inoportunamente. Evita el contacto piel a piel y ojo a ojo. Acaricia poco al niño. Sostén nervioso o flojo.
- Marcada ambivalencia con predominancia hostil, a veces sádica.
- Excesivo control, miedos intensos, ansiedad y/o angustia severa.

Disincronías.

- Confusiones marcadas con relación al hijo, actitudes incoherentes.
- Sobreestimulación.
- Sentimientos de insuficiencia o depresión. Señales de desagrado.

Desde el bebé:

- Tono corporal flácido o hipertónico.
 - Falta de atención e iniciativa en el contacto con las personas. No desarrolla apego. Suele faltar respuesta anticipatoria.
 - Ausencia de amoldamiento al cuerpo de la madre. Se resiste a ser sostenido. Frecuentes arqueos de espalda apartándose del contacto.
 - Falta de animación e interés hacia el rostro de los padres. Actividad reducida: mayor somnolencia, menores demandas, apatía, afecto reducido.
 - Mirada perdida, no enfocada, expresiones sin vitalidad. No hace seguimiento visual o evita la mirada de las personas. Sonríe poco.
 - Temperamento irritable, absorto en sí mismo o perplejo.
 - Movimientos corporales no coordinados y fragmentados.
- Hiperactividad. Impulsividad. Disfunciones como trastornos de la atención. Solicitaciones permanentes allí donde no hay respuesta parental (aferramientos adhesivos).
- No sostiene su postura, demoras en el sostén de la cabeza, en la posición sentada y en la marcha.
 - Llanto frecuente e intenso que transmite desamparo o desesperación.
 - No responde al pecho, no se interesa, no hay reflejo de búsqueda.
 - Tendencia a la somatización. Malestar crónico.

Para la evaluación de estos indicadores, el profesional debe considerar los aspectos del desarrollo normal del niño para saber qué conductas son esperables a su edad cronológica y cuáles no lo son, pudiendo estas últimas ser patológicas. También sería necesario considerar las conductas de apego normales.

3.7.3. Observación de conductas de apego.

Otro de los factores a considerar en la observación de la díada mamá-bebé son las conductas de apego. Las tres modalidades de apego básicas son: la mirada, el sostén y el afecto, las cuales están atravesadas por la modulación o regulación del vínculo. “El apego en el humano es posible sólo si se da un correlato que es la conducta de ligazón, la del adulto respecto al niño”³⁰. Este concepto de ligazón refiere a la conducta del cuidador, quien puede frustrar o llevar a la consumación aquellos intentos del bebé por obtener gratificación en las distintas modalidades de apego posibles.

En la observación de la díada podemos pesquisar indicadores de conductas de apego normales, las cuales se detallan a continuación, siguiendo el modelo planteado por Berezovsky de Chemes³¹:

Del primero al tercer mes, se observan vocalizaciones y miradas recíprocas, configurando juegos que terminan en una sonrisa; el bebé intensifica sus respuestas de apego cuando se lo coloca con su mamá en una situación extraña. Del cuatro al sexto mes, el bebé se calma y reconforta rápidamente al escuchar la voz materna; se coloca en posición adecuada pudiéndose anticipar a que lo levanten; se observa una intensificación de la preferencia por su madre en oposición a un extraño; explora con sus manos el rostro de la mamá y separa un tanto el cuerpo y la cabeza para explorarlo con la mirada cuando está en sus brazos. Del séptimo al noveno mes se observa un mayor desarrollo y diferenciación de los ítems anteriores, como así también la angustia de separación y frente a los extraños que comienzan alrededor del octavo mes y alcanzan un pico hacia el año y tres meses. Un cierto grado de angustia de separación es normal e indica que el proceso de apego se está desarrollando tan como es esperable, pero su ausencia como su exageración son indicadores de posibles trastornos, que pueden acompañarse de perturbaciones en el sueño. Llegando al décimo mes y hasta el decimoquinto mes, el bebé gatea o camina, demuestra timidez, interés variable y provocativo, atención y sonrisa sutil. Comienza a observarse una imitación de las inflexiones vocales, expresiones faciales y movimientos de las manos y dedos de la madre; el bebé utiliza su dedo índice como indicador de objetos específicos como una comunicación con su mamá; camina acercándose y alejándose de ella; muestra respuestas afectivas positivas al reunirse con su madre después de una separación o pueden presentarse breves reacciones de evitación activa o de protesta diferida hasta que ella lo compensa.

Es esperable que se vaya estableciendo un interjuego entre las conductas de apego del bebé y las conductas de ligazón por parte del cuidador, pudiendo

³⁰ Pereira, Marcela (coord.). Op. Cit.

³¹ Berezovsky de Chemes; Kipman; Mannoni y otros. *Temas de Familia y Pediatría*. Eudeba.

establecerse circuitos de afecto positivos o negativos. En este sentido hay que considerar que entre un vínculo saludable y uno patológico existen una amplia gama de situaciones posibles, pero la vulnerabilidad propia de los primeros años de vida de un niño hace que todas las perturbaciones sean evaluadas y atendidas a tiempo ya que pueden agravarse. La acción preventiva estaría orientada a facilitar el desarrollo de la capacidad interactiva entre padres y bebés.

3.7.4. *Detección de conductas potencialmente autistas.*

El autismo es un síndrome comportamental que se manifiesta por una:

- Alteración de la adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación.
- Alteración en las relaciones sociales
- Alteraciones en los procesos cognitivos.

La tendencia a las conductas autistas se debería identificar lo antes posible.

A los dos años y medio, los trastornos groseros de la función del lenguaje se pueden reconocer fácilmente. Indicadores típicos a tener en cuenta serían:

- Carece de lenguaje o si lo tiene lo emplea en forma ecológica o poco funcional.
- Ausencia de vocalizaciones.
- Sordera aparentemente paradójica. Falta de respuesta a llamadas o indicaciones.
- Literalidad extremada de los enunciados y formas de comprensión.
- Preguntas escasas y repetitivas.

Las alteraciones afectivas y emocionales se ponen de manifiesto en:

- El contacto físico: no le gusta que lo toquen, evita el contacto corporal.
- Llanto poco expresivo, difícil de interpretar.
- Dificil contacto ocular, no sigue ni a las personas ni a los objetos. Tiende a no mirar a los ojos.
- Presenta juego repetitivo y rituales compulsivos.
- Falta de pautas anticipatorias en la adaptación postural.
- Ausencia de gestos y actitudes expresivas. Falta de sonrisa social. Falta de manifestaciones al ver a la madre. Indiferencia al rostro.
- Dificultad para imitar movimientos, no imita gestos, ni sonidos.
- Ausencia de mímica facial, cara poco expresiva, indiferente.
- Falta de angustia del octavo mes. Indiferencia ante la presencia de los padres no diferencia a las personas. No admite frustraciones. No hay llanto de dolor o de ira.

Otros indicadores típicos del autismo en la etapa de 18 a 36 meses serían:

- Se resiste a cambios de ropa, alimentación, itinerarios.
- Se altera mucho en situaciones no esperadas o que no anticipa.
- No señala con el dedo para compartir experiencias ni para pedir.
- No realiza juegos de ficción: no representa con ellos o sin ellos situaciones, acciones, episodios, etc.

Es necesario a partir de esto comenzar el tratamiento de estas tendencias antes que se consoliden como el modo predominante de respuesta a los estímulos internos y externos y se establezcan como principal organizador del desarrollo. Esa consolidación en general ocurre alrededor de los cuatro o cinco años. Cuanto antes diagnostiquemos el trastorno, mejor será el pronóstico, mayores las posibilidades de que nuestra intervención pueda ayudar.

Igualmente debemos tener en cuenta que los signos más tempranos son siempre los más difíciles de reconocer. Se necesita una comprensión del desarrollo normal y de los procedimientos vinculares que lo posibilitan. Del estudio de bebés y niños con conductas autistas ha ido surgiendo un considerable cuerpo de datos que se puede utilizar para identificar las manifestaciones precoces de conductas autistas. El primer problema es definir las diferencias entre la conducta normal y la autista en los primeros años de vida, teniendo cuidado de no etiquetar al niño tampoco.

3.7.5. Infecciones, enfermedades y/o categorías diagnósticas que puedan tener una futura incidencia en el aprendizaje.

En la consulta médica del niño, cierta sintomatología no puede pasar desapercibidas para el psicopedagogo por su relación con el aprendizaje. A través de la observación, de la historia que cuentan los padres y del diagnóstico que hace el médico, creemos fundamental intervenir en la detección de aquellos factores que pueden llegar a obstaculizar un buen desempeño en el aprendizaje. Existiendo este espacio de rotación y siendo los pediatras y neuropediatras nuestros agentes derivadores, la psicopedagoga no puede quedar ajena a esta implicancia que de acuerdo a los diferentes tipos de afecciones.

A continuación haremos una reseña de aquellos cuadros más frecuentes que pueden observarse en la consulta y su relación con el aprendizaje:

Infecciones y trastornos de aprendizaje:

Dentro de los factores pre y post natales las infecciones ocupan un lugar relevante por su incidencia en las agresiones al sistema nervioso central y órganos de los sentidos. Estas se pueden dar tanto en el embarazo como en el periodo perinatal o posterior de la vida del niño.

En ocasiones aunque la afección sea moderada o no detectada, puede inducir secuelas después del nacimiento, incluso en la edad preescolar o escolar.

Citomegalovirus: La infección no es común en recién nacidos. Sin embargo es la infección congénita que con mayor frecuencia puede lesionar el órgano de la audición, manifestándose hipoacusia o sordera. Las mismas

pueden ser detectadas al nacimiento, durante el primer año de vida o pueden desarrollarse en forma progresiva en la edad escolar. Aumenta la incidencia de esta infección en medios pobres, con hacinamiento.

Rubéola Congénita: es de características epidémicas. La forma congénita puede determinar sordera, retardo psicomotor, del lenguaje, defectos visuales (cataratas, retinopatías, glaucomas), trastornos psiquiátricos, malformaciones cardíacas y neurológicas, autismo y otros trastornos graves de la conducta.

Toxoplasmosis: Esta infección es transmitida habitualmente por los gatos, afecta al bebé cuando se instala en la embarazada, con mayor frecuencia en el último trimestre de la gestación. Es característico el déficit visual que interfiere en el aprendizaje. Con menor frecuencia produce trastornos auditivos y del intelecto. En los primeros meses de la gestación, siempre que logre atravesar la barrera placentaria provoca encefalitis toxoplásmica con calcificaciones cerebrales difusas que llevan a un grave deterioro intelectual, microcefalia, etc.

Herpes simples: Por lo general el recién nacido lo adquiere durante el parto por contaminación desde el canal vaginal. Puede provocarle una encefalitis severa tratable con ARA adeniona acyclovir, en etapas iniciales de la enfermedad. Cuando cura son frecuentes las secuelas de la función cerebral .

Sífilis Congénita: Puede originar lesiones inflamatorias en el ojo. Estas son debidas a la presencia de los microorganismos localizados en los tejidos oculares. La queratitis puede curarse si es reconocida antes del tercer mes, ya que es tratable con agentes citopléjicos además de penicilina.

Meningitis: Puede ser ocasionada por diversos gérmenes, en especial, neumococo, haemophilus influenzae B, meningococo, enterobacterias gram-negativas. Algunas de las secuelas de esta infección son trastornos de conducta, epilepsia, hipoacusias, sordera, trastornos motores, retraso del lenguaje, ceguera o déficit visual de grado variable, laberintitis. Se han determinados desvíos del cociente intelectual de hasta 15 puntos por debajo de normal para la edad. Las secuelas descriptas suelen ser poco frecuentes, de comienzo tardío y la mayoría recuperable a los dos años siguientes. Es imprescindible hacer un seguimiento de todo niño que haya padecido meningitis a través del monitoreo de las funciones auditivas y visuales y el test de cociente intelectual.

Infecciones crónicas como la Tuberculosis: Se pueden instalar déficits transitorios del aprendizaje inducidos por diversos factores: anorexia,

consumo de nutriente tanto en la fase anabólica como catabólica de toda la infectopatía, la sobre- exigencia de la respuesta inmunitaria y la pérdida de los mismos por emuntorios.

Enfermedad de Chagas-Mazza (Tripanosomiasis americana): Se encuentra extendida en el norte y centro de nuestro país y afecta frecuentemente a mujeres embarazadas y sus hijos. Puede ocasionar lesiones viscerales, entre las que se encuentran las del sistema nervioso central. También puede provocar una meningoencefalitis aguda en menores de un año. El Chagas congénito generalmente ocasiona abortos, mortinatos o prematuros polisintomáticos (hepatoesplenomegalia, manifestaciones neurológicas, cardíacas o lesiones cutáneas) y hasta recién nacidos oligosintomáticos.

Anormalidades sensoriales que dificultan el aprendizaje:

Para el correcto proceso de integración de los estímulos sensoriales, su elaboración posterior y su expresión a través del lenguaje oral y escrito, son necesarios circuitos neurosensoriales íntegros y con una maduración completa. Es por eso que los órganos de la audición, la visión y aquellos que participan en el proceso de expresión oral deben ser controlados en todos los exámenes clínicos que se hagan al niño para detectar deficiencias o cuestiones de inmadurez antes de la inserción escolar.

A continuación haremos un análisis del desarrollo diagnóstico precoz y de pesquisa de las anomalías sensoriales que dificultan el proceso de aprendizaje y comunicación en el niño.

Visión: El neonatólogo debería realizar un examen semiológico al recién nacido en todos los casos. A medida que el niño crece la respuesta social representada por la sonrisa ante la presencia de un adulto significativo, el seguimiento con la mirada de objetos y el intento por agarrarlos o el extender las manos hacia personas o cosas indicarán el desarrollo y maduración de la visión dentro del primer año de vida. Si estos indicadores orientan hacia un déficit severo de la visión, para corroborarlo, debería efectuarse un estudio de potenciales evocados visuales (PEV).

A partir de los tres años de edad, se pueden aplicar tests visuales de reconocimiento de objetos familiares para agudeza visual. Desde los cuatro o cinco años y más efectivamente a partir de la edad escolar, deberán analizarse la agudeza visual, la visión de los colores, la movilidad ocular y pupilar y la visión periférica, que son pruebas simples y factibles de realizarse en el consultorio pediátrico o en la escuela.

Audición: Poder realizar una pesquisa precoz de las deficiencias auditivas está asociado con la importancia de su intervención en el desarrollo armónico de la capacidad de comunicación del niño. Descubrir una sordera en un recién nacido,

o una posible hipoacusia después de una enfermedad severa y realizar una corrección a temprana edad con amplificadores, es fundamental para la incidencia en el desarrollo del habla y del lenguaje. En el consultorio pediátrico pueden considerarse indicadores indirectos de hipoacusia a través de: la ausencia del reflejo de moro por ruido fuerte al nacer, el hecho de no despertarse con la voz materna a los tres meses, la ausencia de respuesta frente al sonido de los sonajeros, no girar la cabeza hacia un ruido a los ocho meses, actitudes persistentes de mucha pasividad acompañadas de falta de progreso en el habla hacia los doce meses, dar una respuesta errónea o nula frente a un pedido verbal a los dos años. Este déficit puede ser corroborado mediante un estudio de potenciales eléctricos evocados auditivos (PEA).

Hacia los tres años existen otros indicadores de déficit auditivo: desatención, no reconocer canciones infantiles, torpeza en el habla con escaso vocabulario, juegos solitarios, entre otros. A partir de los cuatro años, puede realizarse un estudio por audiometría tonal a aquellos niños que presenten alteración en la concentración y la atención con un bajo rendimiento escolar y actitudes de ausencia o falta de participación en los juegos que se realizan en el aula.

Habla y Lenguaje: Para el adecuado desarrollo del lenguaje es necesaria la integridad de ciertas zonas del sistema nervioso, de la función respiratoria, así como también de la fonación, resonación y articulación de la palabra. “El proceso madurativo del habla y del lenguaje dura aproximadamente seis años, pudiendo limitarse su desarrollo por múltiples razones transitorias o definitivas”³². El retraso mental conlleva dificultades en la simbolización, estructuración o formación del mismo. La prematurez puede traer retardo del habla que tiende a normalizarse alrededor de los dos años de vida. Hay alteraciones en la función neuromuscular que determinan una emisión inadecuada de la voz, como por ejemplo la Parálisis Cerebral, o defectos en estructuras efectoras nasopalatinas. Otro tipo de alteraciones que modifican el habla normal son la parálisis lingual, macroglosia, frenillo lingual grueso y corto, hipertrofia adenoidea, etcétera. La escasa o poca estimulación como consecuencia de un déficit social, psicológico o ambiental también van a dificultar la adquisición de habla y del lenguaje. Estos casos requieren un enfoque interdisciplinario para la mejor recuperación de las áreas afectadas. Es muy importante el conocimiento de la evolución del lenguaje expresivo desde el nacimiento hasta la edad escolar para poder detectar alteraciones en el desarrollo.

Factores Nutricionales:

La desnutrición es el producto de una carencia de aporte de nutrientes en cantidad y/o calidad, en especial, hierro, proteínas y oligoelementos, esenciales para el adecuado crecimiento y desarrollo del ser humano.

Esta situación se da mayormente en medios de extrema pobreza, nivel educacional bajo y escasa estimulación, lo que genera una falla en el desarrollo de la capacidad de aprendizaje.

³² Soprano; Tallis y otros. *Dificultades en el aprendizaje escolar*. Miñó y Dávila Editores. Pág. 92

El déficit proteico trae aparejado una carencia nutricional que puede generar alteraciones intelectuales severas cuando se establece muy precozmente (último trimestre de la gestación) y se mantiene por muy largos períodos (hasta los 18 o 24 meses postnatales).³³

En algunos niños son característicos los cambios de carácter, abulia, desinterés por el medio que los rodea.

Si se logra resolver integralmente la situación carencial proteica antes de los seis meses de vida, se recupera el déficit.

El déficit de hierro y oligoelementos puede inducir a alteraciones en la neurotransmisión, con déficit en la esfera intelectual, disminución en la capacidad perceptual entre otras cuestiones.

Es importante poder despejar cuestiones que permitan identificar y discriminar tres cuestiones: El hambre, el niño se muestra irritable.

La desnutrición leve y crónica, tiene manifestaciones conductuales, apatía. Éstas no presentan alteraciones estructurales, sólo hay una dificultad en la distribución de la energía. Es reversible.

La desnutrición severa, temprana y prolongada, en donde hay alteraciones estructurales, más significativas aún cuando se da en los últimos meses de embarazo hasta los primeros 6 meses de vida. El 40% de los casos son irreversibles.

Aspectos neuropsiquiátricos:

Epilepsia:

La epilepsia es un síndrome cerebral crónico, de diversas etiologías, caracterizado por episodios paroxísticos recurrentes debidos a excesivas descargas de neuronas cerebrales y relacionado con una variedad de manifestaciones clínicas y electroencefalográficas. La epilepsia es un diagnóstico esencialmente clínico, es decir que la presencia de crisis es necesaria para afirmar su presencia.

Los niños epilépticos pueden presentar dificultades escolares, ya que este síndrome tiene en muchos casos, efectos en el aprendizaje. Un niño con crisis frecuentes de *gran- mal* no puede efectuar una concurrencia normal a la escuela. Igualmente estos pacientes representan una ínfima parte, ya que la mayoría están controlados con medicación y no tienen inconvenientes en su integración escolar, aunque tenga alguna crisis esporádica.

Salvo en las escasas formas deteriorantes o en los estados de mal repetidos, la epilepsia no afecta el cociente intelectual, pero sí se ha estudiado (Rutter en 1970 y Tizard) un retraso en comprensión y lectura del 50% de los niños³⁴. El doctor Tallis plantea que esto puede deberse a la coexistencia de un cuadro de disfunción cerebral mínima, con su complejo sintomático (hiperquinesia, trastornos de atención, trastornos preceptuales, etc.) que puede exacerbarse con la medicación anticonvulsiva (efecto paradójico).

³³ Soprano; Tallis y otros. Op. Cit. Pág. 86.

³⁴ Soprano; Tallis y otros. Op. Cit. Pág. 90.

En otra investigación realizada en 1983 por Loiseua y cols. Se plantea la posibilidad de trastornos en la memoria, más evidente aún en aquellos pacientes que comenzaron su enfermedad en la adolescencia. Ç

Con respecto a las crisis de ausencias del *petit-mal*, es evidente que un niño con descargas muy frecuentes va a ver limitada su posibilidad de aprendizaje y a veces suele ser la escuela el lugar de detección.

La epilepsia del lóbulo temporal tiene incidencia de una conducta hiperquinética con sus efectos desfavorables sobre el aprendizaje. Y alteraciones en la memoria.

El niño epiléptico presenta trastornos de conducta, pero sólo excepcionalmente se deben a su lesión cerebral. Otras explicaciones pueden tener que ver con: una afectación psicológica del niño frente a la conciencia de la enfermedad, repercusión en la familia y conductas reactivas de sobreprotección por ejemplo. También pueden ser consecuencia de respuestas sociales de estigmatización y rechazo o de efectos medicamentosos. Estos problemas de conducta habituales en el niño epiléptico interfieren en el proceso de aprendizaje y en muchos casos requieren tratamiento psicoterapéutico para el niño y su familia.

La medicación es otro de los factores que puede repercutir en el aprendizaje porque produce efectos colaterales. Por ejemplo el Fenobarbital (FB) puede producir somnolencia o también un cuadro de excitación con conducta hiperactiva y trastornos del sueño. La fenilhidantoína y la etosuximida también pueden causar somnolencia y afeción a las habilidades motrices.

El niño epiléptico presenta por lo general un nivel mental adecuado. Frente a un trastorno de aprendizaje en un niño epiléptico, deben analizarse las causas que lo producen, ya que muchas veces ajustes en la medicación o en la conducción del niño y la familia permiten superar el problema.

3.7.6. Maltrato infantil y Aprendizaje

¿Cuándo hablamos de maltrato infantil?

De acuerdo al Comité para la Atención del Síndrome de Maltrato Infantil del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, se entiende por Síndrome de Maltrato Infantil a la “injuria física y/o mental y/o abuso sexual y/o trato negligente de todo individuo menor, ocasionado por la persona encargada de su cuidado y custodia, que implique peligro o amenaza para la salud y bienestar físico y mental del niño.” Puede ser por omisión o comisión. Es necesario establecer categorías respecto al maltrato infantil pero hay que comprender que las mismas son artificiales y es probable que coexistan unas con otras. A continuación se desarrollará la categorización realizada por María Inés Bringiotti³⁵:

Maltrato Físico: cualquier acción no accidental, por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en

³⁵ Bringiotti, María Inés. *Niños maltratados: alumnos “problema”*. Ensayos y Experiencias N° 32. Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires, 2000.

grave riesgo de padecerlo –golpes y moretones, quemaduras, fracturas, torceduras o dislocaciones, heridas o raspaduras, señales de mordeduras humanas, cortes o pinchazos, lesiones internas, fractura de cráneo, daño cerebral, asfixia o ahogamiento.

Abandono Físico: implica aquella situación en la que las necesidades físicas básicas del menor –alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas y/o cuidados médicos- no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño, pudiendo hacerlo.

Maltrato Emocional: implica la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles –desde la evitación hasta el encierro- por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Abandono Emocional: es la falta persistente de respuesta a las señales –llanto, sonrisas-, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable.

Abuso Sexual: cualquier clase de contacto sexual en un niño menor de 18 años por parte de un familiar o tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño –incesto, violación, manoseos, exhibicionismo-.

Explotación Laboral o Mendicidad: Los padres o tutores que asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos –domésticos o no-, que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos, y que son asignados con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar, interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares de los niños.

Corrupción: son conductas que impiden la normal integración del niño y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas –especialmente en las áreas de la agresividad, sexualidad, drogas o alcohol-.

Síndrome de Munchausen: implica la simulación por parte del padre/ madre o tutor –especialmente por parte de la madre- de síntomas físicos patológicos, mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones o sugerencia de sintomatologías difíciles de demostrar, llevando a internaciones o estudios complementarios innecesarios.

Incapacidad parental de control de la conducta del niño: en estos casos, los padres o tutores manifiestan o demuestran claramente su total incapacidad para controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de su/s hijo/s.

Maltrato Prenatal: consumo de drogas durante el embarazo, que provoquen que el niño nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anormales o con síntomas de dependencia física a las drogas.

Formas raras y graves de maltrato infantil: son cuadros confusos que pueden llevar a suponer que se trata de lesiones accidentales. Ejemplos: quemaduras por microondas y quemaduras por secadores de pelo; intoxicación por sal común (cuyo exceso produce, entre otros efectos, deshidratación); aspiración de pimienta (oclusión de laringe, tráquea y bronquios; afecta también a esófago y estómago, la mayoría son fatales); síndrome de oreja en coliflor (golpe en el oído, torcedura de vértebras y asfixia); ritualismo (ceremonias o prácticas “religiosas” donde se somete a los niños a diferentes formas de abuso); déficit de vitamina B12, muchas veces provenientes de madres vegetarianas estrictas que alimentan sólo con el pecho a sus hijos, sin ningún tipo de complemento.

María Inés Bringiotti señala que “en nuestro país, los sucesos ocurridos durante la pasada dictadura militar han llevado a incluir como forma de malos tratos institucionales/ sociales”³⁶ el siguiente:

Secuestro y sustitución de identidad: esta categoría se refiere a los casos en que el menor era separado de su madre no bien nacía, para ser entregado a personal policial o personas relacionadas con los secuestradores, negando su identidad y la posibilidad de vuelta a su familia de origen.

Actualmente se habla de tres áreas donde se ejerce el maltrato infantil que son el ámbito intrafamiliar, el institucional y el social.

Factores a considerar en la consulta médica como posibles indicadores de maltrato.

Los indicadores de maltrato infantil varían en función del tipo de maltrato que el paciente recibió.

En el caso de un abuso físico, en el examen clínico se podría considerar si las lesiones encontradas pueden corresponder o no con el grado de desarrollo psicomadurativo en el que se encuentra el niño. Por ejemplo, un niño que aún no gatea con hematomas en el dorso.

También se puede correlacionar las características y mecanismos que produjeron las lesiones con la probable fuerza o intensidad para ocasionarla. Por ejemplo, el relato de un padre que responsabiliza a un hermano de tres años por la fractura de húmero de un lactante diferentes estadios de evolución. Por ejemplo en los hematomas la evolución está dada por la coloración de la lesión; si la misma es roja implica que se produjo hace menos de un día, si es púrpura, de la lesión fue de uno a tres días antes de la consulta, si es verde, de cuatro a siete días, si es amarilla de una a dos semanas y su desaparición se produce alrededor de las dos a cuatro semanas. Estos datos son relevantes en el momento

³⁶ Bringiotti, María Inés. Op. Cit.

de atender al discurso de la persona que trae al niño a la consulta detectando si los hechos que relata conciden con el tiempo de evolución de la lesión.

En aquellos casos en los cuales hay una sospecha de abuso sexual, es importante que el profesional tenga una actitud orientada al interés en el paciente ya que el interés centrado en la patología puede condicionar la tarea, y significar con su atención que lo único importante que le sucede al paciente es lo relativo al abuso sexual, contribuyendo a su estigmatización. Aunque el abuso haya tenido lugar puede que el niño no quiera hablar de ello y esta decisión debe ser respetada. “Cualquier acción coercitiva para forzar el relato es una forma más o menos velada de abuso que se juega en la relación transferencial (...) El relato del abuso sexual posee un valor especial para la justicia por lo que es recomendable, si lo hubiera, registrarlos textualmente en la historia clínica.”³⁷

Al hablar de indicadores de riesgo se considera la severidad del abuso que va a depender de la naturaleza de las lesiones, la existencia de hechos anteriores y la discrepancia entre las características de la lesión y el discurso de los padres. Otro factor de riesgo son los antecedentes paternos en relación con maltrato en su infancia, patología psiquiátrica y/o adicciones. También influyen los aspectos en relación a la paternidad, por ejemplo los aspectos culturales de la crianza, la capacidad de satisfacer las necesidades del niño; los aspectos en relación a la dinámica de la pareja: si hay estabilidad o conflictos, qué tipo de comunicación existe y si hay violencia; la existencia de conductas o características inusuales en el niño, tanto físicas –patologías orgánicas- como emocionales; y los aspectos sociales y económicos de la familia –vivienda, situación laboral, sistema de red familiar, inserción en el contexto social-. También resulta importante considerar el tipo de cooperación de la familia frente a la existencia de riesgo para el niño.

Haciendo una síntesis, podríamos decir que en la detección de un posible caso de maltrato infantil es importante considerar: la discrepancia entre la historia relatada y las características del daño, la modificación del relato o la falta de explicación, un prolongado intervalo entre la ocurrencia de la injuria y la consulta, la observación de traumatismos o accidentes frecuentes, infecciones o intoxicaciones reiteradas sin causa orgánica, pacientes cuya conducta y afecto no son los esperados en la circunstancia de la consulta como, por ejemplo, demasiada pasividad cuando se le deben efectuar procedimientos dolorosos, y el temor o rechazo a uno o ambos padres. Desde nuestro rol podemos, a través de considerar estas características de la presentación de un caso de maltrato infantil, aportar elementos para el diagnóstico del mismo.

Consecuencias del maltrato infantil en los niños.

Beatriz Janin, al hablar de violencia, refiere la misma al hecho de “provocar en el otro sensaciones insoportables, en ir más allá del límite de lo tolerable, fundamentalmente en todo lo que hace al desconocimiento del otro.”³⁸ La violencia es deshumanizante, arrasa con la subjetividad del otro. Esto sucede en

³⁷ *Comité de Maltrato Infantil*. Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez. 1° edición.

³⁸ Janin, Beatriz. *La Violencia y los Niños*. Ensayos y Experiencias N° 32. Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires, 2000.

los casos donde la familia fuerza al niño a ser otro, se desconocen sus posibilidades y su historia, se arrasa con sus pensamientos o se utiliza su cuerpo como un objeto. Beatriz Janin dice que las familias violentas, por lo general, son muy cerradas no habiendo un intercambio fluido con el entorno. Esta autora señala la necesidad de dos elementos en la relación de los padres con sus niños que hacen a la constitución psíquica del mismo: la capacidad empática y mediatizadora de los padres y la posibilidad de ubicar al hijo como otro. Esto es importante trabajarlo con los padres ya que es “(...) imprescindible que haya otro conectado empáticamente para que el niño pueda subjetivarse.”³⁹ Estamos en condiciones de decir que la violencia puede dejar marcas en la constitución psíquica de un niño. Siguiendo con las ideas de esta autora, quisiéramos señalar que estas marcas implicarían: la aniquilación de las diferencias y la búsqueda de sensaciones fuertes producto de una constitución del psiquismo que se dio en medio de golpes y silencios, no pudiendo estos niños diferenciar sensaciones, todo les resulta igual; el sentimiento de que la vida, que no pueden sostener desde lo interno porque tienen un pedazo muerto al parecerles todo igual, debería ser sostenida desde los golpes del contexto; la ausencia de posibilidad para cualificar el mundo, no ser sacudido por emociones fuertes, sentir placer en el contacto tierno o en escuchar música o en leer un cuento; la sensación de estar anestesiados, buscando ser sacudidos por situaciones peligrosas como posibles accidentes, las drogas...; “la tendencia a la desinscripción, a la desinvestidura, a la desconexión, que lleva a “excorporar” o a expulsar violentamente toda investidura, dejando un vacío representacional (...)”⁴⁰, son niños que tienen trastornos de pensamiento y toda representación puede resultarles dolorosa, incluso el proceso mismo de investir e inscribir puede serles intolerable, no pudiendo ligar o conectar lo inscripto; una confusión identificatoria en la cual queden arrasados sus ejes identificatorios; un repliegue narcisista que implicaría la construcción de una coraza antiestímulo omniabarcativa; la repetición haciendo activo lo pasivo a través de la identificación con el agresor, buscando que alguien haga que se de una repetición textual lo cual ubicaría a otro como agresor, es decir, que en ambas instancias de repite la violencia; un estado permanente de apronte angustioso, de permanente alerta; la delincuencia en el marco de una actitud de venganza frente al entorno. Todas estas implicancias pueden encontrarse superpuestas. Beatriz Janin señala que la salida es ir armando una trama que sostenga.

Si pensamos el maltrato infantil en relación a las dificultades de aprendizaje, evidentemente la violencia que sufren estos niños afecta su posibilidad de aprender y su conducta. En las investigaciones que expone María Inés Bringiotti en el texto ya citado, puede observarse como los niños maltratados son más propensos que aquellos no maltratados, a presentar un retraso en el desarrollo cognitivo. El abuso puede tener un efecto inhibitorio en la conducta del niño lo que implicaría una lenta adquisición de habilidades cognitivas y sociales. Los niños que fueron abusados sexualmente suelen mostrarse impulsivos y dependientes, ansiosos, desconcentrados, con mucha dificultad para comprender

³⁹ Janin, Beatriz. Op. Cit.

⁴⁰ Janin, Beatriz. Op. Cit.

consignas, y fuerte necesidad de aprobación y contacto como así también una fuerte dependencia hacia los adultos. Los niños víctimas de maltrato físico suelen presentar conducta agresiva, desobediencia y comportamiento antisocial, con menor rendimiento en las tareas cognitivas. Los niños maltratados suelen tener pobreza de contenido en el habla y dificultades para expresar conceptos abstractos. Aquellos niños que sufrieron abandono físico suelen ser el grupo de niños con mayor cantidad de problemas: ansiedad, distracción, baja comprensión, carentes de iniciativa y dependientes de la ayuda del maestro en la mayor parte de los casos, impopulares entre sus pares y con déficit empático. Las investigaciones señalan que más del 50% de estos niños fueron derivados a educación especial o presentaban fuertes retrasos académicos.

Por último, en este apartado, es necesario mencionar tres mecanismos básicos que comienzan a edades muy tempranas y que Bringiotti señala deteriorados en los niños maltratados. Estos son: el establecimiento de las relaciones de apego, la cual es una tarea evolutiva de la primera infancia a partir de la que se desarrollan los primeros modelos de las relaciones sociales, la seguridad básica y la forma de responder ante el estrés.; el establecimiento de la autonomía, propia de la etapa preescolar y que posibilita el desarrollo de la capacidad para relacionarse con nuevos adultos y adaptarse a situaciones en forma independiente.; el desarrollo de habilidades sociales a partir de la interacción entre iguales, propia de los primeros años de la escolaridad.

La violencia y el juego

El juego es fundamental para el crecimiento ya que posibilita la creación de enlaces entre representaciones, la apropiación del acontecimiento y la reorganización de las huellas mnémicas. Implica crear y recrear ya que “reordenando viejos elementos (rastros de vivencias), el niño obtiene placer a través de una producción creativa”.⁴¹ El juego posibilita la elaboración de aquello que resultó doloroso creando nuevos caminos, lo cual se opone a la violencia. Esto implica que el juego permite un ejercicio de poder sin anular al otro y ligado al placer y a la creación.

⁴¹ Janin, Beatriz. Op. Cit.

4. Desarrollo: Articulación de conceptos teóricos con las entrevistas y nuestra propia experiencia en rotación intrahospitalaria.

A partir de los conceptos desarrollados en el marco teórico, nos proponemos realizar una articulación de los mismos con nuestra propia experiencia de rotación y la de nuestras compañeras de residencia y concurrencia. También incluiremos el aporte de los profesionales que nos reciben en la rotación y el de la Licenciada Juana Marrón, coordinadora del Equipo de Psicopedagogía.

Comenzaremos describiendo las generalidades y las particularidades de los espacios de rotación intrahospitalaria, haciendo un análisis de los siguientes aspectos: actividades que el residente/concurrente realiza; aportes que brinda el espacio de rotación de cada especialidad; aportes del psicopedagogo a la consulta; expectativas de ambos profesionales respecto al saber del otro, su quehacer y su posicionamiento; la construcción del vínculo entre los profesionales intervinientes.

Luego nos detendremos a pensar si la rotación es un posible espacio interdisciplinario. Además, reflexionaremos sobre las intervenciones del rotante en el marco de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Generalidades de la rotación intrahospitalaria.

La rotación por consultorios externos surgió desde el inicio de la residencia en el Hospital Durand. Nuestra coordinadora, la Lic. Juan Marrón, nos cuenta cuáles fueron las expectativas que llevaron a la apertura de este espacio diciendo: *“En tanto este es un espacio que pretende ser interdisciplinario las expectativas fueron justamente esas, de pensar en conjunto con otros (...) desglosar ese idioma oscuro que a veces tienen las especialidades (...) En general se le pregunta sobre bibliografía, sobre posibilidades de obtener datos, sobre síndromes, o sobre qué puede querer decir una abreviatura”*. *“Considero que uno si trabaja con otros en un equipo y tiene objetivos interdisciplinarios, es importante que tenga comunicación. (...) La rotación abre lugar a la capacidad de trabajo interdisciplinario y para conocer modalidades de trabajo de otros profesionales que trabajan con el mismo niño, con el mismo sujeto que nosotros trabajamos, para no tener una visión segmentada del mismo”*.

Los espacios que se abrieron inicialmente fueron los consultorios de neuropediatría del Dr. Tallis y la Dra. Vallejos, y el consultorio de pediatría del desarrollo de la Dra. Piasco.

Dentro de los criterios que se pensaron para la elección de los equipos que reciben rotantes, inicialmente se buscó que fueran equipos pertenecientes al G.T.I.A.D., dándole mayor importancia al contacto con médico pediatras, que tendiera al trabajo interdisciplinario. Tres años atrás, comenzó la rotación por el consultorio de neonatología. Este es un espacio que se abrió por fuera del G.T.I.A.D. El disparador para que surgiera fue la demanda de las neonatólogas para que el Equipo de Psicopedagogía, comience a participar del programa de seguimiento y evaluación de niños prematuros. Esto exigió un tiempo de formación previa.

Otro de los criterios que se tuvo en cuenta a la hora de elegir los espacios por los cuales rotar, tuvo que ver con que éstos estuvieran legalizados dentro del

organigrama del Hospital. Existen varios equipos que trabajan dentro del G.T.I.A.D. que aún no han logrado un reconocimiento legal y, por tal motivo, no pueden constituir una alternativa para las rotantes.

En relación con la duración, las tres rotaciones en las cuales este trabajo está centrado, es de tres meses cada una. La psicopedagoga concurre con una frecuencia semanal. Es un dispositivo por el cual el residente y concurrente debe transitar obligatoriamente, si bien en algunos casos no se llegan a completar las tres instancias (neonatología, pediatría del desarrollo y neuropediatría). Los consultorios por los que rotamos están a cargo de profesionales con muchos años de trayectoria en el hospital y una amplia formación que trasciende su propia disciplina.

Como mencionamos en el marco contextual, psicomotricidad y estimulación temprana, son otros dos equipos alternativos que el residente puede elegir, si es de su interés, con la aprobación de los coordinadores de los distintos equipos.

Particularidades de los diferentes espacios.

Rotación por neonatología: La rotación se realiza en los consultorios de la Dra. Scoccola y de la Dra. Goyeneche. Aquí se atienden a los bebés prematuros nacidos en el Hospital Durand y se mantienen entrevistas de orientación a padres sobre temas relacionados con el crecimiento y la crianza. Este espacio permite ver las particularidades del seguimiento del desarrollo de estos niños desde el momento de la externación, hasta los tres años aproximadamente.

Como espacio de formación ofrece la posibilidad de aprender diversos aspectos entre los cuales las rotantes destacan:

“(...) síntomas o cuadros que se presentan en los prematuros, como los derrames y sus niveles, las hemorragias, cuestiones de medicina pediátrica que es importante conocerlas.”

“Por otro lado también todo lo que tiene que ver con las cuestiones del desarrollo normal y esperable y como se dan estas cuestiones en los prematuros con la edad corregida, la edad cronológica, y que es esperable que logren algunas cosas o un poquito más tarde o en su edad corregida.”

“El poder observar una diada, y ver como esa mamá lo mira, lo cambia, cómo lo sostiene, de qué manera le habla, cómo se vincula con él, qué lugarcito le hace esa mamá a ese bebé”.

Las neonatólogas consideran también como parte de la formación la lectura de las historias clínicas y poder ver y conocer a los pacientes. Destacan lo siguiente:

*“Creo que es muy importante toda la parte vincular para ustedes (...) para que (...) sepan cómo es la madre de un prematuro. Realmente, la mayoría son distintas, (...) les cuesta mucho largarlos, han pasado por experiencias muy duras adentro de internación. (...) muchas veces se crean vínculos que no son normales. Hay una dependencia del chico hacia los padres muy importante, porque ellos no terminan de largarlo. Siempre es el bebé que sufrió mucho cuando nació”.*⁴²

⁴² Sobre este tema remitimos a la investigación realizada en el Hospital Durand, por la Lic. Luciana Novoa y la Lic. Felicitas Canal Rodríguez, en el año 2005. Existe además un póster presentado por el Equipo de Psicopedagogía y Neonatología en el Congreso de Prematuridad en San Juan, en el año 2005.

En este espacio el rotante se nutre de aportes teóricos y prácticos vivenciales. Es decir que no sólo recibe información por parte de las neonatólogas y de la observación que realiza en los consultorios, sino que también aprende interviniendo. Estas intervenciones son consideradas por las neonatólogas como relevantes, ya que explicitan la importancia de la incorporación activa de la psicopedagoga en el consultorio.

“Han observado determinadas cosas que, de repente, nosotros como médicos no nos dimos cuenta y ustedes la ven porque tienen otra formación.”

En relación con la experiencia que han tenido de otras psicopedagogas de nuestro equipo que rotaron por neonatología, decían lo siguiente: *“(...) hay espacios en la consulta que por ahí nosotros estamos anotando, estamos viendo estudios o estamos pensando lo que vamos a hacer, entonces en esos espacios ellas enseguida se acercaban y podían charlar un ratito con la mamá, decirle: contame cómo hacés, lo tenés en el piso, sentado, con qué juega, qué cosas usa... incluso se habían propuesto darle ideas a las mamás de cómo armar juegos con elementos caseros, que no tuvieran que gastar, según los colores, como móviles... fue muy interesante en ese sentido. Creo que eso podrían pensar.”* Esto da cuenta de las expectativas de estas doctoras en relación al posicionamiento que esperan de un rotante.

Las rotantes, respecto al posicionamiento en este espacio y a la posibilidad de realizar intervenciones, nos dicen:

“Y por neonatología, me encantó rotar (...) porque el lugar que uno tiene a lo mejor es más activo, participando bastante. Ellas te consultan, te preguntan. A lo mejor eso no se da en los otros espacios porque son profesionales que por ahí desde el lado del aprendizaje y la psicopedagogía saben mucho más. Quizás las neonatólogas en eso como que te dejan a vos la palabra, no tienen tanto conocimiento de las dificultades de aprendizaje. La mirada de ellas es bien desde lo médico y más especializado en los prematuros.”

“Me parece que con las neonatólogas es diferente, uno aporta cuestiones nuevas para ellas.”

“(...) me parece que es como más compartida la consulta en neonatología.”

“Y respecto a la pregunta anterior si pudimos hacer alguna intervención, yo particularmente sentía que tenía campo. Quizás son intervenciones más en acto, por ahí no intervenciones con una direccionalidad como pasa en el tratamiento psicopedagógico, sino que intervenciones muy en el aquí y ahora, como muy situacionales, el diagnóstico también es muy situacional. No hay seguimiento. Uno tiene que tener mucho cuidado en cómo interviene en una díada que estás viendo diez minutos, teniendo en cuenta que ninguna de esas intervenciones son sin efectos. Son intervenciones más en acto, en función de lo que uno va viendo: por ahí si el bebe está en una posición muy incómoda yo o la Dra. Scóccola, lo marcábamos o por ahí si le saca la ropita muy fuerte y por ahí el bebe se ponía incómodo. O por ahí una mama que tenía mellizos y estaba en duda respecto de la escolarización de los nenes, que tenían alrededor de dos años y medio, y ahí se dio una charla entre las tres y se pudo reflexionar con la mamá. No se le dijo: la edad para empezar el jardín es tal, sino que se reflexionó acerca de eso. Al ser una cuestión del jardín, esto se abrió y la Dra. me presentó diciendo que yo era

psicopedagoga. Se pensó cual era el momento más indicado para ella, que no hay una edad específica para empezarlo. Esto de que la consulta se transforme, y me parece que ahí está nuestro aporte, más allá de escuchar lo que tienen que hacer, que los padres se puedan también preguntar y hacer alguna pregunta acerca de la salud de su hijo, en todo sentido salud física y psíquica. Instalar algo, que puedan mirar, escuchar y vincularse a sus hijos.”

De esta manera las psicopedagogas pudieron dar cuenta de la posibilidad de intervenir en este espacio de rotación y también pudieron contarnos intervenciones puntuales que han realizado.

La coordinadora de Psicopedagogía, la licenciada Marrón, comenta al respecto de las intervenciones psicopedagógicas: *“Allí (...) por nuestra mirada somos bastante solicitadas para hablar o pensar en pautas de desarrollo y aprendizaje”*.

La Dra. Goyeneche piensa que la rotación es beneficiosa para el quehacer de ambos profesionales. Esto lo retoma la Dra. Scóccola diciendo *“Nosotras tenemos una determinada mirada y ustedes tienen otra (...) Y la idea es sumar las miradas, eso sería provechoso para los pacientes.”* Seguidamente recuerdan una experiencia en la cual una psicopedagoga pudo detectar en el hermano del niño por el que se consultaba, una dificultad auditiva que hasta el momento no había sido considerada, y que afectaba su aprendizaje y sus relaciones interpersonales. *“(...) fue una oportunidad que yo, como estaba prestando atención al otro chico, no lo estaba mirando.”*

Retomando las expectativas de las neonatólogas respecto al rol de las rotantes, aclaran que es importante ir planificando las posibles intervenciones con ellas. Esperan una actitud participativa que se dé en forma ordenada, entendiendo que hay momentos en los cuales es más pertinente la intervención de la psicopedagoga y otros momentos en los que las neonatólogas necesitan cierta privacidad con los pacientes. Es así como definen la construcción del vínculo entre ellas y las rotantes como *“una delicada cuestión artesanal”*. Consideran que la pertinencia de nuestras intervenciones *“Se va dando en el momento, depende del padre, del momento, del día, a veces se puede, a veces no se puede...”*. Remarcan la importancia de que nosotras sepamos que podemos tener *“una incorporación activa en el consultorio, siempre teniendo en cuenta este equilibrio... y... no digo el primer día (...) Va surgiendo (...) se necesita un tiempito de observación de ver como se trabaja ahí, pero después pueden ir pensando cosas o espacios, o pueden ir ocupando esos espacios...”*

Cabe destacar que varios de los seguimientos a niños prematuros que se realizan en Neonatología luego siguen su evaluación en Psicopedagogía, de acuerdo al Programa de Seguimiento del Niño Prematuro⁴³. Al respecto, las rotaciones en estos consultorios favorecen la derivación a dicho equipo. *“Ya el hecho de verlas en la consulta, es mucho más fácil cuando uno los va a derivar*

⁴³ Programa de Seguimiento del Niño Prematuro: Es un programa que se realiza en el Hospital Durand, coordinado por la Dra. Rosana Scóccola y la Dra. Nora Goyeneche. El objetivo de este programa de seguimiento de recién nacidos de riesgo tiene un enfoque preventivo, que intenta reducir los costos físicos, psíquicos y afectivos del niño y su familia, a través de una red de atención integral entre los servicios de diferentes niveles de complejidad. Los servicios que integran el programa son: Neonatología, Pediatría del Desarrollo, Psicopedagogía y Psicomotricidad.

(...) ya saben que existe y es más fácil el camino.” “Siempre les aclaro que son las futuras que los van a ver cuando tengan tres años, para que ellos ya sepan que en algún momento como una cosa normal van a ir al psicopedagogo.”

Rotación por Pediatría del Desarrollo: La rotación se realiza en el consultorio de la Dra. Piasco. Se atienden niños de 0 a 10 años que son evaluados en su desarrollo. La Dra. Piasco otorga un lugar importante al aprendizaje en las evaluaciones que realiza, ya que no sólo se contempla el crecimiento, sino el desarrollo global del niño. En su consulta, además del examen clínico, la Dra. Piasco dedica tiempo a la observación de cuadernos y la indagación de hábitos y cuestiones psico-sociales.

Las rotantes destacan este espacio de formación desde la experiencia que tiene la Dra. Piasco como evaluadora del desarrollo integral:

“(...) ella focaliza mucho en los problemas de desarrollo por ser pediatra especialista en desarrollo y saber mucho de aprendizaje, porque fue maestra, entonces pide cuadernos, pregunta bastante acerca del aprendizaje y del desarrollo en general, y eso ayuda a la mirada integral del niño. Es decir, hace un control pediátrico como más exhaustivo.”

“La experiencia que tiene en el desarrollo, cómo va mirando las pautas madurativas, incluso como que se guía mucho por las escalas que generalmente siguen a Piaget o a Gesell, (...) prueba a ver si se sienta sino se sienta, les muestra algunos objetos y se fija a ver que hace, qué juego empieza a armar, aunque sea un bebé. Por más que la madre diga que camina, ella lo baja y ve cómo es su marcha, es decir mide las pautas madurativas”.

La Dra. por su parte considera que: *“Desde el punto de vista de la formación es muy importante que tengan esta experiencia clínica porque lo teórico puede adolecer de realidad. La situación diagnóstica psicopedagógica es diferente de la médica. La consulta médica es más operativa y esto es útil para el psicopedagogo para maximizar la operatividad, para que el diagnóstico sea lo suficientemente expeditivo, porque los tiempos entre diagnóstico y tratamiento son tan elásticos y estirados que el problema cambia de foco, entonces esto ayuda a focalizar a la psicopedagoga”.*

Respecto a los aportes que puede hacer el psicopedagogo a la consulta, la Dra. Piasco dice: *“Me ha pasado que una palabra que me digan, me haga plantear algo que no había pensado, me completa la visión que tengo yo”. “(...) algunas me han ayudado a configurar el diagnóstico. Se necesita de la visión integrada de todas las ciencias del desarrollo, psicopedagogía, psicología, psicomotricidad...”.*

A pesar de esto, la pediatra señala que: *“No me gusta mucho que intervengan en ese momento porque dispersan a los chicos”.* Prefiere que el espacio de intercambio entre los profesionales respecto a un caso, se realice terminada la consulta. Esto implicaría que las intervenciones psicopedagógicas le resulten más pertinentes a realizarse en esos momentos. Esto colocaría a la psicopedagoga en un rol principalmente de observador durante la consulta. La Dra. nos comentó que espera que el rotante sea un profesional que estudie, que tenga formación y que sea buen observador.

Al respecto, las rotantes, señalan una diferencia en relación al espacio de rotación que describimos anteriormente: “[nuestros aportes] *me parecen más claro en la rotación por neonatología. Se hace más claro el trabajo interdisciplinario o común entre las dos profesionales y que ahí a lo mejor se rescata un poco más. Y respecto a los demás profesionales, un poco tiene que ver con las características de los demás profesionales, y las propias de uno también, porque hay personas que en el momento de la rotación a veces pueden aprovechar o intervenir más y otras no.*” Considera que la Dra. Piasco es una profesional con un amplio recorrido, que sabe mucho de psicopedagogía y que, los aportes que el rotante podría llegar a realizar, suelen ser contemplados por la pediatra durante la consulta. *“Me parece que con las neonatólogas es diferente, uno aporta cuestiones nuevas para ellas.”*

Esto nos lleva a reflexionar acerca de la influencia del posicionamiento del psicopedagogo respecto de lo que considera como una intervención válida al momento de hacer un aporte en la consulta por la cual está rotando. Es así como nos preguntamos si una intervención es pertinente sólo cuando aporta algo nuevo al profesional con el cual uno comparte la consulta. Podría pensarse la intervención como una instancia de formación en servicio para la psicopedagoga, que no necesariamente deba deslumbrar al profesional, sino que pueda despertar alguna pregunta en el papá o mamá que está consultando o en nosotras mismas respecto del rol que tenemos en ese momento.

Rotación por Neuropediatría: La rotación se realiza en el consultorio del Dr. Tallis. En varias oportunidades también participamos de las recorridas que hace por la sala de internación pediátrica, donde realiza la interconsulta con pediatras acerca del diagnóstico o tratamiento de algún paciente que padezca un posible compromiso neurológico.

En el consultorio, el rotante puede observar la realización de entrevistas, de evaluaciones clínicas propias de la neurología, tiene acceso a la lectura de informes que trae el paciente y a historias clínicas. En algunos casos, la apertura de la misma, es realizada por el residente de psicopedagogía. El Dr. cuenta con cajas de juguetes, accesibles para los niños, abriendo la posibilidad de que la psicopedagoga inicie un espacio de juego en la consulta.

Respecto a los aportes brindados por este espacio, las rotantes mencionan:

“Rescato poder compartir la consulta con un neurólogo, por la casuística que le llega, él domina mucho los trastornos de aprendizaje, porque él tiene mucho conocimiento sobre la problemática del aprendizaje, entonces esto lo hace más rico y además poder ver niños con diferentes patologías, con diferentes manifestaciones de esa patología”.

“Casos que uno ve acá, no los vería en otro lugar. Al ser un neuropediatra muy reconocido, le llegan muchos casos como cuadros, síndromes o cuestiones que tienen que ver más con lo emocional, trastornos generalizados del desarrollo, dificultades de aprendizaje”.

“Ver también como él va despejando a través de las preguntas, si es una cosa, si es la otra, a donde deriva. A mi me parece que es muy interesante poder haber tenido la experiencia de ver que hace un neurólogo en el consultorio porque uno como psicopedagoga se va a topar con nenes que han sido vistos por neurólogos

o que tienen que ser derivados a un neurólogo. Entonces tener esta mirada de Tallis internalizada”.

“Es muy interesante la variedad de cuadros que llegan. Es impresionante ver también la posición de los padres en ese ratito que los ves, cómo describen los padres los problemas de los chicos”.

“Ver como los padres se vinculan con esos chicos que tienen esas dificultades y te encontrás con muchas cosas: padres super contenedores que le dan el lugar para hablar al chico o padres que se sientan y ni se fijan si el hijo está mirando al médico o no, es decir, padres que favorecen más que el nene tenga un lugar en la consulta, en la vida. Tallis tiene una mirada muy clínica. Dos preguntas y se da cuenta si hay algo de lo psicológico. Si bien es muy expeditivo con los pacientes, enseguida te hace una lectura”.

En este espacio de rotación, es frecuente que surjan muchas preguntas en función de la peculiaridad de las patologías o síntomas por los que consultan los pacientes y sus familias. Ante éstas, el Dr., no sólo responde desde su formación, sino que además recomienda lecturas pertinentes al respecto.

Respecto a la formación que la rotante recibe en este espacio, el Dr. Tallis, comenta lo siguiente: *“Me parece un espacio importante en la formación de las psicopedagogas. No son muchos los momentos en los que van a tener contacto con patologías del orden de lo biológico y es importante desde el punto de vista de la mirada de los diagnósticos psicopedagógicos. Dentro de los motivos de consulta hay algunos que tienen una base biológica y otras veces no. Es importante que puedan hacer este tipo de ejercicio”.*

“Pregunten bien cuando aparecen los pacientes de qué se trata, porque yo no puedo estar permanentemente dando clase porque tengo que atender, pero yo supongo que aparecen patologías que arrojan dudas en el momento o posterior, bueno, qué es lo que tenía el paciente, qué es lo que pasa, qué es lo que viste en la tomografía, qué tiene que ver. Pregunten más para poder aprovechar más el espacio”. “La idea es que lo que se vea acá se vaya a profundizar posteriormente y acudir al texto sobre los pacientes, sobre las patologías que vienen. Y al mismo tiempo, con esto que hablábamos de la mirada, participen activamente señalando aspectos que por ahí uno no interroga porque lo ve muy parcializado”.

Nos resulta muy importante esto que dice el Dr. Tallis, porque permite ubicar el posicionamiento que él espera del rotante. Una postura activa y participativa que permita generar preguntas compartiéndolas con él, señalar aspectos que él no ha interrogado, integrando de esta manera las miradas sobre las dificultades del paciente.

Al respecto, las rotantes muestran opiniones diferentes en relación a su rol, pudiendo o no desplegar intervenciones en este espacio. Una de ellas dice:

“En relación al nivel de participación de las psicopedagogas, mientras él revisa al paciente o escuchando a los padres, él como que busca mucho la opinión de la psicopedagoga por ahí en lo que se refiere a cuestiones del aprendizaje, o por ahí ver como un segundo punto de vista en relación a lo que le pasa al paciente, siempre en relación al aprendizaje, a lo cognitivo y a lo escolar porque bueno de la parte médica obviamente se ocupa él. Pero en

relación al nivel de participación de la psicopedagoga quizás es menor que en el espacio con las neonatólogas. Quizás también porque es más unidireccional el tema de la información. En ese espacio uno es quizás más una especie de consultor, pidiendo tu opinión, pero yo no sé si está abierto el campo para que sea un espacio conjunto de pregunta o de reflexionar como por ahí en neonatología que se generaba un espacio de charla de crianza por ejemplo entre la neonatóloga, la psicopedagoga y la madre. Con Tallis tiene más que ver con qué te parece esto por un tema puntual. Cuesta un poco más hacerse el lugar, pero me parece que tiene mucho que ver con ir haciéndotelo de a poquito”. “(...) lo que veo de Tallis es un requerimiento, una demanda hacia nosotras por un tema específico, por ejemplo lo escolar, el nivel cognitivo. En cambio las neonatólogas, como una demanda más amplia en relación a la crianza, o por ahí en relación al jardín, cuando el nene empieza el jardín”.

Otra de las rotantes manifiesta algo diferente diciendo:

“Yo no veo tanto espacio. Con Tallis te da una tarea para hacer algo como una vez que nos hizo armar la historia clínica, o cuando está el informe también, él se queda con el C.I. y por ahí no te pregunta qué pensás vos”. “(...) la realidad es que la consulta es con el neuropediatra o con la neonatóloga, es decir que nuestra presencia no es necesaria, sí puede aportar, pero en realidad los pacientes no van a vernos a nosotras, sino que se encuentran con nosotras, y coincido en que tiene que ver con las características personales porque uno está ahí, puede aportar algo, pero tiene que ver también con que si uno se anima a hacerse, si siente también que le dan lugar”.

Estas dos visiones dan cuenta de la influencia del posicionamiento de la psicopedagoga respecto a la posibilidad de intervenir en la consulta, tanto en las preguntas que pueda formular respecto a cuestiones teóricas como a las intervenciones que pueda realizar para contribuir a ampliar la mirada del profesional.

Consideramos que en el posicionamiento del rotante influye el hecho de tener conocimiento o no acerca de las expectativas del profesional con el cual se está trabajando, respecto de nuestro rol en esa consulta. En relación a esto, una de las rotantes comenta lo siguiente: *“(...) saber qué es lo que espera el médico del rol psicopedagógico en la consulta. A veces no sé que se espera de la psicopedagoga ahí. Por ahí esto me hizo más ruido el día que Tallis sin decirme nada, nos dijo: “abran la historia clínica”. (...) Yo me preguntaba, qué espera de lo que nosotras podemos indagar, o de cómo nosotras podemos intervenir. Me parece fundamental saber qué es lo que espera el neuropediatra o la neonatóloga. Como si fuera aclarar encuadres conjuntamente. Aclarar qué es lo que nosotras podemos aportar, nuestros alcances y nuestras limitaciones y también ver qué representación tienen ellos de nuestro rol en la consulta pediátrica y también ver qué expectativas. El rol psicopedagógico en la consulta, no el rol psicopedagógico en sí, sino inserto en la consulta, más allá de la psicopedagogía en general, porque sino te pueden ligar mucho con el aprendizaje escolar y lo que uno puede aportar va mucho más allá del aprendizaje escolar.”*

Indagar la expectativas de cada profesional que nos recibe en su consultorio es uno de los objetivos que nos propusimos al hacer este trabajo. Consideramos que es un aporte esencial para la futura rotante ya que hemos vivenciado esta incertidumbre al insertarnos en el primer espacio de rotación, y tener presente estas cuestiones con anterioridad permitiría capitalizar aún más el mismo.

Está presente en el discurso del Dr. Tallis la posibilidad de un rol participativo donde la formación se enriquezca, no sólo de la observación sino también de poder cuestionar y cuestionarse a partir de los casos que llegan a la consulta. Esto es algo que las rotantes en muchas oportunidades desconocen antes de insertarse en este espacio. Pensamos que saber esto puede motivar a la construcción de un rol que enriquezca la consulta y sobre todo la propia formación. Es real que uno muchas veces puede preguntarse: ¿Hasta dónde es pertinente intervenir? ¿Puede una intervención molestar al profesional?. Esto fue preguntado al Dr. Tallis, quien respondió: *“No molesta para nada. Es parte de la construcción del espacio de trabajo”*.

En otras ocasiones, uno puede pensar que el profesional avala la intervención y la pregunta, no siendo así en todos los casos. Como citamos anteriormente, la Dra. Piasco manifiesta que prefiere que las dudas o intervenciones sean mencionadas al finalizar la consulta. La postura de las neonatólogas considera la intervención como un aporte pertinente en muchas ocasiones, integrando la mirada psicopedagógica en el momento mismo de la consulta.

La construcción del vínculo entre los profesionales, así como también la posibilidad de animarse a intervenir y aprender con una actitud más participativa, está atravesada por una variable temporal que implica todo proceso. Es por ello que sostenemos la necesidad de que la rotación no sea menor a tres meses para que estos intercambios puedan realizarse y la formación implique un aprendizaje significativo, con aportes teóricos y prácticos.

Como podemos observar, existen varias diferencias entre los distintos espacios de rotación, ya que están atravesados por diversas variables, entre las cuales destacamos la postura y las expectativas del profesional a cargo de la consulta, y de la rotante.

Sin embargo, encontramos un punto en común: la temática que los cuatro profesionales consideran necesaria que el psicopedagogo conozca al insertarse como rotante. Estos doctores argumentan la importancia de conocer en profundidad las pautas del desarrollo normal del niño.

Esta apreciación es un aporte relevante para la futura rotante. Desde nuestra propia experiencia de rotación, ratificamos esto ya que, es uno de los pilares que permite capitalizar más la experiencia por estos espacios.

Es necesario considerar que desde nuestra formación como psicopedagogas tenemos conocimiento acerca de las pautas esperables en el desarrollo normal del niño, como así también de otras temáticas que pueden contribuir a pensar intervenciones o a realizarlas, en el espacio de rotación. Algunas de las mismas pueden encontrarse desarrolladas teóricamente en este trabajo. Otras pueden ser pensadas por las psicopedagogas, dependiendo del recorrido de cada una, para contribuir en la consulta y repensar aquellos aspectos necesarios de profundizar

en nuestra formación, tendientes a ampliar nuestra mirada en función de las otras disciplinas con las que trabajamos.

Este análisis sobre la experiencia de la rotación, relatada por los diferentes actores involucrados en la misma, se corresponde con la concepción que fundamentamos en el marco teórico respecto de pensar la rotación como un espacio de formación y aprendizaje. Tanto los profesionales como los rotantes a los que interrogamos señalan lo positivo de esta experiencia, remarcando los aportes que intercambian en la consulta.

Como fundamentamos teóricamente, es de suma relevancia la construcción de un buen vínculo entre psicopedagoga y médico, para favorecer la mirada conjunta, apuntando a enriquecer la consulta. En la institución hospitalaria uno no puede quedar ajeno a la práctica médica y es necesario el trabajo conjunto. Pero para que éste tienda a beneficiar tanto al rotante como al profesional a cargo de la consulta y, sobretodo, al paciente y su familia, debe basarse en el respeto por la persona con la que uno trabaja, su disciplina y sus conocimientos.

El espacio de rotación genera un ámbito ideal para ir conociendo a los diferentes profesionales, su modo particular de trabajo, su especificidad, su mirada; lo cual es fundamental teniendo en cuenta que son los derivadores a psicopedagogía de muchos niños que tienen dificultades de aprendizaje, o que necesitan ser evaluados para ampliar el diagnóstico o seguimiento del mismo.

Siguiendo con esta articulación nos preguntamos: ¿es posible pensar el espacio de rotación por los distintos consultorios externos como generador de un trabajo interdisciplinario?

Para pensar esta pregunta, analizamos el concepto de interdisciplina e interrogamos a los profesionales intervinientes en las consultas.

El Dr. Tallis considera que compartir la consulta con una psicopedagoga es una forma de integrar miradas, las cuales son necesarias al pensar las dificultades de un niño. Señala que la rotación contribuye a la construcción de un espacio interdisciplinario, lo cual es fundamental y *“es parte del espíritu del equipo”*.

La Dra. Piasco, por su parte, dice creer que es necesaria la visión de todas las ciencias que configuran el desarrollo en la consulta pediátrica: *“yo creo que en cada consultorio debería haber un profesional de la rama psi.”*

Considerando estas dos miradas, nos preguntamos si para un trabajo interdisciplinario alcanza con la presencia de dos o más profesionales de distintas disciplinas. Pensamos que esto no es así, sino que la interdisciplina requiere, siguiendo el pensamiento de Nora Elichiry, del trabajo en equipo formando actitudes cooperativas; de una intencionalidad, ya que la relación entre las disciplinas debe ser provocada (el encuentro fortuito entre disciplinas, no es interdisciplina); de la flexibilidad sin actitudes dogmáticas y con posibilidades para el diálogo; de la cooperación recurrente necesaria para lograr la cohesión del equipo; y de la reciprocidad que implica la interacción entre las disciplinas llevando al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos, técnicas.

Al interrogar a las rotantes respecto a esta temática, diferentes posturas aparecieron. Por un lado, algunas manifiestan lo siguiente: *“Interdisciplina, no. A lo mejor con las neonatólogas se intenta”*. *“Sí, a lo mejor se podría hablar de algo más multidisciplinario, no de interdisciplina”*. Otras señalan algo diferente

ante la pregunta por la posibilidad de que el espacio de rotación sea generador de un espacio interdisciplinario: *“Sí totalmente, a mí me parece que sí”*. *“Depende, pienso que depende de lo que se entienda por interdisciplina. Yo creo que el espacio en sí mismo no genera un espacio interdisciplinario. Me parece que depende mucho de las personas que lo conforman y no de que se junten dos profesiones. Que se junten dos personas que con sus diferentes profesiones, estén abiertos al aporte del otro. Una escucha abierta. Yo en la rotación por neonatología sentí que había un lugar, que había interdisciplina. El espacio con Tallis, no lo veo tan así”*. Una de las rotantes considera que la interdisciplina implica: *“(…) un recorrido que no es de un día para el otro. Tiene que ver con un espacio que se va construyendo (...)”*.

Esta es la forma que también nosotras proponemos, desde el desarrollo teórico, para pensar el trabajo interdisciplinario: pensándolo como una construcción que implica un proceso, un compromiso de ambos profesionales basado en el respeto, y en la amplitud de criterios y miradas, alejadas de una visión parcializada y simplificadora de la realidad. De esta manera el espacio de rotación puede ser un espacio generador de interdisciplina en la medida en que se consideren los criterios anteriormente mencionados.

A lo largo del desarrollo hemos ido relatando diversas intervenciones que las psicopedagogas han realizado o han pensado realizar en los espacio de rotación. Estas intervenciones apuntaban, en algunos casos, a promover la salud, por ejemplo a través de charlas sobre pautas de crianza o la escolaridad del niño, que se establecían en el transcurso de la consulta de seguimiento en neonatología, espacio en el que aparecen con mayor claridad aquellas intervenciones que apuntan a favorecer la salud. Por otro lado, en el consultorio de Neuropediatría y Pediatría del Desarrollo, los relatos son mayormente vinculados a señalamientos que apuntan a la prevención de la enfermedad, a través de las observaciones que pueda realizar la psicopedagoga en la consulta, por ejemplo la orientación de la escolaridad en niños con necesidades educativas especiales o una segunda opinión respecto a un diagnóstico o derivación, en relación al aprendizaje, a lo cognitivo o a lo escolar.

5. Conclusión.

A lo largo de este trabajo hemos corroborado que la experiencia de rotación intrahospitalaria, a partir de los aportes que brinda al Residente de Psicopedagogía, constituye una valiosa formación en su recorrido profesional.

Pensamos que estos espacios son enriquecedores para la capacitación de la psicopedagoga, aunque consideramos que esta formación lo será, en mayor medida, si el rotante asume una posición interviniente en la consulta. La participación que se limite a la observación, dará lugar a que la psicopedagoga pueda quedar con dudas respecto a cuestiones propias de la medicina pediátrica y de sus propias posibilidades de intervención ante las distintas consultas en las que participa.

Haber conocido las expectativas del médico respecto del rol de la psicopedagoga que ingresa en su consultorio, favorece la inserción de las futuras rotantes en el mismo. El hecho de conocer en qué situaciones es pertinente nuestro accionar, va a dar lugar a la posibilidad de intervenir, de preguntar, y de buscar y pedir información bibliográfica, dentro y fuera de estos espacios, tejiendo una formación más activa, que genere un aprendizaje significativo. Es evidente, que en el discurso de las distintas rotantes, se destacan los aportes recibidos en aquellos espacios de rotación donde se generaban mayores posibilidades de intervención e intercambios con el profesional, el paciente y su familia. Hay que considerar que la posibilidad de intervenir está atravesada no sólo por el posicionamiento del rotante, sino también por la actitud de apertura que el doctor dé hacia las mismas.

Poco a poco este trabajo se fue constituyendo como un aporte valioso para el Equipo de Psicopedagogía ya que abre un espacio de reflexión acerca del vínculo posible de establecer con algunos de los médicos pertenecientes a nuestro Servicio de Pediatría. Esto es relevante puesto que no sólo son los profesionales con los que compartimos el espacio de rotación intrahospitalaria, sino que también son aquellos que nos derivan pacientes, con los que compartimos el armado de las historias clínicas y a quienes, en reiteradas ocasiones, recurrimos para una interconsulta.

A su vez, este trabajo, como aporte para las futuras rotantes, es una herramienta de lectura previa que pensamos ayudará a la inserción de las mismas, no sólo al espacio de rotación sino al Hospital Durand. Podrán conocer las expectativas de los profesionales que las recibirán, las experiencias que han tenido sus compañeras, las temáticas que desde la propia formación pueden ayudar a pensar intervenciones, y terminología médica necesaria para una mejor comprensión en los intercambios orales y escritos con los doctores, entre otras cosas.

Para nosotras también fue un gran aporte la realización de este trabajo. Nos permitió adentrarnos en la particularidad de la institución hospitalaria en la que nos estamos insertando. Por otro lado, al ser la rotación uno de los primeros espacios en los cuales participamos como residentes, también nos permitió repensar nuestra propia práctica y nuestro posicionamiento en dichas instancias,

dando lugar a que fuéramos capitalizando nuestra experiencia de rotación a medida que la íbamos vivenciando.

A su vez, la realización de este trabajo generó en nosotras nuevas preguntas e inquietudes respecto a la posibilidad de un trabajo interdisciplinario en estas rotaciones. Consideramos que aún no son de por sí espacios interdisciplinarios, ya que están en constante construcción. Creemos que lo desarrollado en este trabajo abre la posibilidad de una reflexión sobre una temática tan controvertida como lo es la interdisciplina, tanto en el Equipo de Psicopedagogía, como en los profesionales de la medicina con quienes nos proponemos compartir nuestras reflexiones finales.

ANEXO I:
Entrevistas.

Entrevistas a Profesionales que reciben rotantes de psicopedagogía

Antes de cada entrevista con los profesionales, explicamos el objetivo de la misma que en este caso es conocer la opinión del profesional respecto de las rotaciones y sus expectativas con relación a los posibles aportes o beneficios que se puedan dar entre psicopedagoga y médico para poder evaluar y maximizar este espacio.

Entrevista N°1

El día 11 de Julio del 2006, se realizó una entrevista al Dr. Jaime Tallis, Neuropediatra y coordinador del GTIAD.

Entrevistador: Psp

Entrevistado: Dr. Tallis

Psp: Doctor, ¿quisiera usted comenzar contándonos acerca de su experiencia como Neuropediatra que recibe residentes de psicopedagogía en su consultorio?

Dr. Tallis: Me parece un espacio importante en la formación de las psicopedagogas. No son muchos los momentos en los que van a tener contacto con patologías del orden de lo biológico y es importante desde el punto de vista de la mirada de los diagnósticos psicopedagógicos. Dentro de los motivos de consulta hay algunos que tienen una base biológica y otras veces no. Es importante que puedan hacer este tipo de ejercicio.

Psp: ¿Cuáles considera que son los beneficios de la rotación?

Dr. Tallis: El beneficio para ustedes ya lo dije. Para el consultorio en general, nosotros tendemos a tener una mirada amplia de los pacientes y generalmente siempre quisimos tener este tipo de admisiones donde hallan miradas simultáneas sobre las dificultades de los pacientes. Entonces ver la demanda de los pacientes desde el punto de vista neurológico, que halla también un psicólogo, que halla también un psicopedagogo, integra, es importante.

Psp: ¿Usted piensa que se podría pensar este espacio desde la prevención y la promoción de la salud?

Dr. Tallis: Sí, relativamente, porque este es un lugar más de la demanda ya establecida. Más asistencial y de investigación.

Psp: ¿Desde nuestro rol no se podría considerar que se pueden favorecer aspectos de la prevención y la promoción de la salud?

Dr. Tallis: Siempre uno hace prevención, porque sobre la demanda pueden existir aspectos que uno señala que tienen que ver con la prevención, pero digamos que el lugar es sobretodo asistencial, cuando llegan acá ya está instalada la *demanda*.

Psp: ¿Qué expectativas tiene al recibir un rotante?

Dr. Tallis: Yo espero que aprenda sobretodo, y que participe. A mi me parece que el mejor aprendizaje es el que se hace sobre terreno. La idea es que lo que se vea acá se vaya a profundizar posteriormente y acudir al texto sobre los pacientes, sobre las patologías que vienen. Y al mismo tiempo, con esto que

hablábamos de la mirada, participen activamente señalando aspectos que por ahí uno no interroga porque lo ve muy parcializado.

Psp: ¿Esto podría ser un aporte diferente que la psicopedagoga como rotante podría hacer en el consultorio?

Dr. Tallis: Claro.

Psp: ¿Qué temática considera que sería importante que el psicopedagogo conozca al insertarse en la rotación?

Dr. Tallis: Por supuesto desarrollo, tener una idea de cuales son las pautas de desarrollo normal para poder ver la desviación del desarrollo. Luego, a medida que van apareciendo las distintas patologías, ir profundizándolas. No se les puede pedir una lectura previa de todo, pero si viene un paciente con epilepsia, el rotante debería después acudir a una lectura para ver qué relación tiene la epilepsia con los trastornos de aprendizaje.

Psp: ¿Considera que la rotación puede ayudar a la construcción de un espacio interdisciplinario?

Dr. Tallis: Por supuesto, es fundamental. Es parte del espíritu del equipo la construcción del espacio interdisciplinario.

Psp: ¿Quisiera agregar algo?

Dr. Tallis: Sí. Pregunten más en la rotación. A veces las veo muy pasivas. Pregunten bien cuando aparecen los pacientes de qué se trata, porque yo no puedo estar permanentemente dando clase porque tengo que atender, pero yo supongo que aparecen patologías que arrojan dudas en el momento o posterior, bueno, qué es lo que tenía el paciente, qué es lo que pasa, qué es lo que viste en la tomografía, qué tiene que ver. Pregunten más para poder aprovechar más el espacio.

Psp: Parte de la idea de nuestro trabajo es conocer la mirada del profesional con quién compartimos la consulta en la rotación y también conocer en qué medida el médico tiene interés en que participemos activamente o no. En lo positivo de construir un espacio interdisciplinario, esto que usted menciona es muy importante para nosotras, poder tener la posibilidad de construir un rol más activo...

Dr. Tallis: Depende mucho de ustedes. He tenido rotantes que han sido más inquietas en ese sentido. Yo les paso los papeles, para poder leerlo al mismo tiempo, pero cuando se va el paciente, qué era esto, dónde lo puedo leer, y ese tipo de cosas.

Psp: Es interesante que usted haga esta aclaración porque a veces uno como rotante no sabe hasta donde es pertinente intervenir, si puede resultar molesto...

Dr. Tallis: No molesta para nada. Es parte de la construcción del espacio de trabajo.

Entrevista N°2

El día 20 de Julio del 2006, se realizó una entrevista a la Dra. Marta Piasco, Pediatra del Desarrollo del GTIAD (*)

Entrevistador: Psp

Entrevistado: Dra. Piasco

Psp: ¿Dra. usted quisiera comenzar esta entrevista contándonos acerca de su experiencia como pediatra que recibe residentes de psicopedagogía en su consultorio?

Dra. Piasco: Desde casi el comienzo de la rotación yo he tenido rotantes de todos lados, de la U.B.A., de fonoaudiología, de psicología y he dado clases también.

Desde el punto de vista de la formación es muy importante que tengan esta experiencia clínica porque lo teórico puede adolecer de realidad.

La situación diagnóstica psicopedagógica es diferente de la médica. La consulta médica es más operativa y esto es útil para el psicopedagogo para maximizar la operatividad, para que el diagnóstico sea lo suficientemente expeditivo, porque los tiempos entre diagnóstico y tratamiento son tan elásticos y estirados que el problema cambia de foco, entonces esto ayuda a focalizar a la psicopedagoga.

El tener rotantes en el consultorio por un lado me desgasta porque uno tiene que explicar todo, pero también me ha servido, me gusta, me siento cómoda. Me ha pasado que una palabra que me digan, me haga plantear algo que no había pensado, me completa la visión que tengo yo. Permite una semiología aplicada.

Psp: ¿Qué espera de un rotante?

Dra. Piasco: Espero que sea gente que estudie, que tenga formación, que sean buenos observadores. No me gusta mucho que intervengan en ese momento porque dispersan a los chicos. Es fundamental desde lo formal que usen guardapolvo, porque a la gente que consulta no le gusta ver tanta gente, en cambio si tienen guardapolvos, nos hace a todos iguales de esa manera yo le digo a los pacientes que vienen, que las licenciadas están acompañándome en la consulta, las presento en general. Igual en primer año es diferente porque uno está más en una situación de aprendizaje.

Psp: ¿Cuáles serían los aportes de la psicopedagogía que podrían enriquecer a la consulta pediátrica?

Dra. Piasco: Acá vemos retraso de lenguaje, retraso madurativo, espectro autista, chicos que no aprenden y que fueron violados, el espectro del diagnóstico es muy amplio y algunas me han ayudado a configurar el diagnóstico. Se necesita de la visión integrada de todas las ciencias del desarrollo, psicopedagogía, psicología, psicomotricidad...

Psp: ¿Teniendo en cuenta esto que dice, considera que la rotación puede ayudar a la construcción de un espacio interdisciplinario?

Dra. Piasco: Sí, mirá, yo creo que en cada consultorio debería haber un profesional de la rama *psi*. Se necesita la visión de todas las ciencias que

configuran el desarrollo. Lo que pasa es que es muy difícil porque no se puede conseguir una renta para todos.

Psp: ¿Qué temáticas considera que sería importante conocer al insertarse en la rotación?

Dra. Piasco: Lean de desarrollo infantil para tener una base teórica. Muchas veces no se puede justificar un diagnóstico psicopedagógico con una situación familiar.

Nosotros nos ocupamos de la semiología, lo anatómico. Lo funcional es lo que hacen ustedes. Acá van a tener lo anatómico.

A nosotros también nos interesa lo funcional también, por eso nos importa el diagnóstico psicopedagógico y no me gusta que me lo cuestionen. Si bien yo conozco las herramientas, no las voy a tomar yo. El WISC por ejemplo lo necesito como un instrumento más para configurar un diagnóstico. Ya no tengo más esas peleas de antes por los rótulos.

Una crítica que tengo es de pedir evaluaciones, de pedir informes y que no me los hagan inmediatamente.

Psp: ¿Se podría pensar en este espacio desde la promoción y prevención de la salud? ¿Por qué? ¿Cómo?

Dra. Piasco: Sí, el consultorio externo les va a servir muchísimo para aprender, es maravilloso en eso. Aquí hacemos A.P.S. Acá siempre se tocan aspectos de la crianza. Si hay algunos psicopedagogos más, que refuercen, mejor. Aún en situación de urgencia, los pediatras siempre tienen un espacio para la prevención y promoción de la salud.

Psp: ¿Y respecto del espacio de rotación, piensa que es un espacio posible para hacer A.P.S.?

Dra. Piasco: Sí, usen la sala de espera para hacer promoción y prevención de la salud. Tal día de tal hora a tal hora para hacer algo más integral con su compañía. Cuenten con mi ayuda para hacerlo.

(*) Esta entrevista a diferencia de las otras, no es textual, ya que no pudo ser grabada, sino que es una reconstrucción de las notas que tomamos en la misma.

Entrevista N°3

El día 25 de Julio del 2006 se realizó una entrevista a la Dra. Goyeneche y a la Dra. Scóccola, Neonatólogas del Hospital Durand.

En un comienzo se entrevistó a la Dra. Goyeneche y minutos más tarde pudo participar la Dra. Scoccola quién se encontraba en una actividad.

Entrevistador: Psp

Entrevistado: Dra. Goyeneche y Dra. Scóccola

Psp: ¿Quisiera usted comenzar esta entrevista contándonos acerca de su experiencia como neonatóloga que recibe residentes de psicopedagogía en su consultorio?

Dra. Goyeneche: Mi experiencia bien, realmente las veo integradas, algunas con más interés, o sea depende de lo que cada uno busque, pero en general, la mayoría con mucho interés, participando muy bien, integrándose, leyendo las historias, viendo al paciente, conociéndolos, porque después de varios meses los ven varias veces y los conocen, y ellos también las conocen a ustedes. Siempre les aclaro que son las futuras que los van a ver cuando tengan tres años, para que ellos ya sepan que en algún momento como una cosa normal van a ir al psicopedagogo.

Psp: ¿En qué aspectos considera que la psicopedagoga podría enriquecerse en estos espacios?

Dra. Goyeneche: Creo que es muy importante toda la parte vincular para ustedes, me parece. Lo más importante en ese momento del chico menor del año es la parte vincular, que es muy importante para que ustedes después tengan conciencia, sepan cómo es la madre de un prematuro. Realmente, la mayoría son distintas, son mucho más... les cuesta mucho largarlos, han pasado por experiencias muy duras adentro de internación, o sea eso lo van a ver en los chicos que son más chicos, con mayores problemas, muchos de ellos resuelven toda su problemática en la externación, el hecho de estar paseando por distintas consultas interconsultas, si bien ya los conocen de acá, son cosas que todavía no resolvieron. Por ejemplo, la displasia, a veces tienen que ir al oculista, otras veces con los oídos... o sea hay muchas cosas que ellos las van resolviendo y eso trae mucha angustia, siente que su hijo no es igual a otro. Hacerle entender que el chico es igual, que ya dejó la etapa de prematuro, que está sobrellevando todo esto, cuesta... y muchas veces se crean vínculos que no son normales. Hay una dependencia del chico hacia los padres muy importante, porque ellos no terminan de largarlo. Siempre es el bebé que sufrió mucho cuando nació.

Psp: ¿Cuáles serían los aportes de la psicopedagogía que podrían enriquecer la consulta?

Dra. Goyeneche: A veces han surgido cosas que lo hemos charlado con la psicopedagoga, por conductas de las madres donde vos ves que es una cosa muy gorda, una patología vincular importante, o de otro estilo por parte de la madre, y ellas han aportado cosas. Han observado determinadas cosas que, de repente,

nosotros como médicos no nos dimos cuenta y ustedes la ven porque tienen otra formación.

Psp: En este sentido se podría pensar ¿A quién beneficia la rotación?

Dra. Goyeneche: Yo creo que las beneficia a ustedes fundamentalmente y a nosotras creo que también. Por este tipo de cosas, y porque también con los chicos más grandes tenemos una conexión. Ya el hecho de verlas en la consulta, es mucho más fácil cuando uno los va a derivar a psicopatología, ya saben que existe y es más fácil el camino. No lo ven como una cosa... hay bueno lo tengo que hacer porque le está pasando algo, lo hago porque lo hago como voy al neurólogo, al oculista y como voy a otros lados.

(La Dra. Scoccola se incorpora en la conversación y se le explicita sobre qué aspecto estábamos conversando)

Psp: Pensábamos qué aportes puede hacer la psicopedagoga en el espacio de rotación, también qué podemos recibir en aspectos formativos y en función de esto, pensar a quién beneficia la rotación, si hay un beneficio para el paciente o solamente para las rotantes...

Dra. Scoccola: Hemos tenido distintas experiencias a través de los años. Las primeras personas que vinieron a rotar, te acordás Claudia, Graciela (dice dirigiéndose a la Dra. Goyeneche) fue muy bueno porque ellas realmente participaron mucho en la rotación, con nosotros y con los pacientes. No estaban solamente como observadoras sino que participaban. Por supuesto, por ahí, en forma ordenada, porque sino en la consulta se hace mucho lío, pero... por ejemplo, daban su opinión de lo que les parecía, otra vez prepararon una cartilla, que incluso algunas usamos todavía, un modelo como para pedir a la docente del jardín qué áreas queríamos que nos detalle en su informe... otra vez prepararon un folletito sobre como estimular a los bebés en la casa según las edades. También hacíamos intervención, hacia el final de la consulta, sobre como podían las mamás estimular a sus bebés en base a esto que habíamos organizado. Porque hay espacios en la consulta que por ahí nosotros estamos anotando, estamos viendo estudios o estamos pensando lo que vamos a hacer, entonces en esos espacios ellas enseguida se acercaban y podían charlar un ratito con la mamá, decirle: contame cómo hacés, lo tenés en el piso, sentado, con qué juega, qué cosas usa... incluso se habían propuesto darle ideas a las mamás de cómo armar juegos con elementos caseros, que no tuvieran que gastar, según los colores, como móviles... fue muy interesante en ese sentido. Creo que eso podrían pensar.

Psp: O sea ustedes esperan del rotante una actitud más activa, no sólo de observación...

Dra. Scóccola: Claro, siempre planificándolo un poco con nosotras.

Psp: Claro, respetando el lugar.

Dra. Goyeneche: Creo que la diferencia es que en esa época no solamente eran rotantes de dos o tres meses, sino que fue más tiempo... Entonces yo no sé si esto se puede hacer si se rota cada tres meses, pero bueno...

Dra. Scóccola: Fueron surgiendo en la medida en que ellas veían qué espacios podían usar en la consulta, qué cosas escuchaban en nosotras, qué problemas veían en las madres, qué les parecía que podían aportar.

Psp: Y hoy en las condiciones en que se plantea la rotación, ¿Qué esperan de un rotante?

Dra. Scoccola: Bueno, podríamos ver esto en las posibilidades de la corta rotación. Por lo menos me parece una actitud un poco más participativa, entendiendo que hay espacios que nosotras tenemos que usar con los pacientes y que mucha gente en diálogo no podría ser bueno para el paciente. Incluso a veces necesitamos un espacio muy privado con el paciente, estamos hablando de determinadas cosas, para que la madre nos pueda contar. Pero hay otros momentos en el que pueden utilizar para acercarse y ver algunos de estos aspectos que tienen que ver con el desarrollo.

Psp: Incluso quizás, después de terminar la rotación, pensar alguno de estos folletos que se pueden armar

Dra. Goyeneche: Sí, eso lo veo como con más continuidad...De repente, si uno arma un folleto, y ustedes que van a ser las que continúan en el tiempo, lo pueden seguir, no importa que sean otras personas.

Psp: Es importante para nosotras saber que esperan una participación más activa, entendiendo que la consulta es de ustedes, como para saber hasta dónde es pertinente intervenir.

Dra. Scóccola: Es una delicada cuestión artesanal.

Dra. Goyeneche: Se va dando en el momento, depende del padre, del momento, del día, a veces se puede, a veces no se puede...

Dra. Scóccola: Es una cosa bastante artesanal. Yo me acuerdo que una psicóloga que estuvo con nosotros rotando y escribió un trabajo que presentó en una jornada de psicología donde hablaba de la posibilidad de trabajar interdisciplinariamente, pero no en consultas separadas, sino en el mismo acto de la consulta... cómo aprovechar la consulta médica desde la interdisciplina. Y ella comentaba que esto es una cosa bastante artesanal porque es como que los distintos profesionales logran un ritmo, una composición propia de cada momento, de cada paciente... Cuando es posible que participe otro, y cuando debe participar este es algo que no está acordado ni lo podemos acordar explícitamente sino que se va dando.

Psp: Se va construyendo en función de las personas que componen el equipo...

Dra. Scóccola: Sí, que yo veo que con algunas personas se da y con otras no tanto, pero eso es lógico.

Dra. Goyeneche: Lo importante es que la madre lo sienta como una continuidad.

Dra. Scóccola: Y que les ayuda también a los papás. El miércoles estábamos con esta chiquita que la mamá estaba planteando problemas en la conducta del bebé y esta una psicóloga y otra psicóloga más del equipo de masajes y todas escuchábamos sus reclamos, y mientras yo iba viendo, escribiendo, haciendo recetas, la que lo agarró, lo estuvo viendo con las posturas, hablando con la madre cómo agarrarlo, sostenerlo, estuvo trabajando un rato ella, mientras yo iba haciendo otras cosas... para la madre fue todo una misma cosa, no hubo espacios de psicología y espacios de medicina.

Psp: ¿Qué temática consideran que sería importante conocer al insertarse en la rotación por consultorios de neonatología?

Dra. Scóccola: Y a mi me parece que toda la parte del desarrollo del lactante tendrían que tenerlo... cuáles son las etapas, cuáles son las adquisiciones de cada momento... Leer un poco sobre retraso del desarrollo, algo sobre estimulación temprana. Las etapas del desarrollo me parece que sería lo más, desde el punto de vista teórico, lo que más tendrían que traer con ustedes, como para después aprovechar lo que están viendo. Que además tenga conexión con lo que ustedes van a ver y trabajar a los tres años, porque todo es una continuidad en el desarrollo... Haciendo hincapié, ya que quieren venir a ver qué pasa con lactantes chiquititos y prematuros, que puedan tener problemas en el desarrollo, tratar de reforzar un poco esto.

Psp: ¿Se podría pensar este espacio de rotación desde la prevención y la promoción de la salud?

Dra. Goyeneche: Creo que para ustedes si es un espacio preventivo, porque están viendo los chicos que posteriormente los van a ver en el consultorio... van viendo cómo es el manejo, no sé si ustedes llegarán a ver pero hay chicos de un año, dos años que los ven en el consultorio nuestro, cómo es la madre, cómo maneja al chico, y uno puede ir previniendo un montón de cosas, sobretodo porque lo estamos agarrando o cuando va a iniciar el colegio o antes de que lo inicie.

Dra. Scóccola: Hacemos las dos cosas, asistencia y prevención. Esencialmente el seguimiento tiene un carácter muy de corte preventivo. Justamente lo que sabemos es que son chicos que han tenido determinada carga biológica, por ser prematuro, por determinado problema, que van a tener o tienen o pueden llegar a tener determinadas cuestiones, entonces lo que hacemos nosotros es tratar lo que hay asistencialmente, y además, tratar de pesquisar lo más precozmente, cosas que pueden ir apareciendo para intervenir lo más temprano. Así que tiene un fuerte carácter preventivo lo que es seguimiento en consultorios externos.

Psp: ¿Quisieran agregar algo a lo que estuvimos conversando?

Dra. Scóccola: Por ahí esto me parece, que vos decías, me parece que de toda la charla es más importante que ustedes sepan que pueden tener una incorporación activa en el consultorio, siempre teniendo en cuenta este equilibrio... y... no digo el primer día...

Dra. Goyeneche: Va surgiendo...

Dra. Scóccola: Porque hasta que vean como es la tarea, que es lo que pasa... Por ahí se necesita un tiempito de observación de ver como se trabaja ahí, pero después pueden ir pensando cosas o espacios, o pueden ir ocupando esos espacios... cuando la mamá está vistiéndolo o esperando que uno termine como para ver qué cosas pueden encontrar, o si necesitan dialogar con la mamá, o si quieren decirle algo.

Psp: Nosotros indagamos estas cuestiones porque nos encontramos con criterios diversos de acuerdo al médico y de acuerdo a la especialidad. Algunos prefieren conversar después de que se va el paciente, otros...

Dra. Scóccola: Yo creo que al principio eso es mejor, porque hasta que nos conozcamos, que ideas tenemos y ponernos un poco de acuerdo, es bueno que lo

hablemos después. Yo recuerdo que con las chicas que estuve más tiempo, lo que pasaba es que cuando se iban decían vos viste esto, lo otro... yo por ahí no lo había visto... Como uno tiene que estar atenta a que la ecografía, a que esto... en el mientras tanto, entonces son diez minutos que ellas están observando, que tienen la oportunidad de no tener la cabeza puesta en otra cosa, entonces por ahí tenían una mirada y habían pesquisado cosas

Dra. Goyeneche: Nosotras tenemos una determinada mirada y ustedes tienen otra...

Dra. Scóccola: Y la idea es sumar las miradas, eso sería provechoso para los pacientes. Y después pensar como se los puede ayudar a esa mamá y a ese bebé, o no. Muchas veces han detectado las chicas, un chico que (dirigiéndose a la Dra. Goyeneche) ¿te acordás? hipoacúsico severo, que era hermanito de un bebé que venía a la consulta... y como ellas lo entretenían, le iban a buscar juguetes... para que yo pudiera hablar con la madre porque el chico era realmente muy "salvaje" por decirlo de alguna forma, se dieron cuenta que el chico no escuchaba. Entonces le dijeron a la mamá. Sería un chico de cinco o seis años... bueno, lo empezó a ver la persona que hace desarrollo y le detectaron obviamente que estaba hipoacúsico severo, lo equiparon, lo ayudaron en el colegio, la seguimos viendo hoy a la señora y el chico está bárbaro... toda esa actitud agresiva que tenía era porque no escuchaba, no hablaba. Digo, fue una oportunidad que yo, como estaba prestando atención al otro chico, no lo estaba mirando.

Entrevista N° 4

El día 14 de Agosto del 2006 se realizó una entrevista conjunta a dos Lic. en Psicopedagogía, pertenecientes al Equipo de Psicopedagogía del G.T.I.A.D. y que, siendo residentes, han participado de las rotaciones intrahospitalarias.

Entrevistador: Psp

Entrevistado: Psp1 y Psp2

Psp: ¿Cómo fue su experiencia como psicopedagogas en las rotaciones intrahospitalarias que hicieron por los diferentes consultorios externos?

Psp1: Yo roté por el consultorio del Dr. Tallis tres meses. En su momento fue la primera actividad en la que me inserté cuando comencé la residencia. Fue muy interesante porque por una lado permite conocer a los profesionales con los que después uno tiene un como un vínculo más cercano en relación a las interconsultas, o porque son derivadores directos de los pacientes que después llegan al equipo y por otro lado porque uno aprende, es un espacio de aprendizaje de otras temáticas, de otras cuestiones que uno desconoce.

Psp2: Yo roté por Tallis (neuropediatría), por Piasco (pediatría del desarrollo) y por Neonatología.

En mi rotación con el Dr. Tallis principalmente rescato poder compartir la consulta con un neurólogo, por la casuística que le llega, él domina mucho los trastornos de aprendizaje, porque él tiene mucho conocimiento sobre la problemática del aprendizaje, entonces esto lo hace más rico y además poder ver niños con diferentes patologías, con diferentes manifestaciones de esa patología.

Con Marta Piasco, ella focaliza mucho en los problemas de desarrollo por ser pediatra especialista en desarrollo y saber mucho de aprendizaje, porque fue maestra, entonces pide cuadernos pregunta bastante acerca del aprendizaje y del desarrollo en general, y eso ayuda a la mirada integral del niño. Es decir, hace un control pediátrico como más exhaustivo.

Y por neonatología, me encantó rotar por ahí, por el contacto con franjas de edades pequeñas, con los bebés, por ver el contacto con las neonatólogas, por ver los controles que realizan ellas, porque el lugar que uno tiene a lo mejor es más activo, participando bastante. Ellas a lo mejor te consultan, te preguntan. A lo mejor eso no se da en los otros espacios porque son profesionales que por ahí desde el lado del aprendizaje y la psicopedagogía saben mucho más. Quizás las neonatólogas en eso como que te dejan a vos la palabra, no tienen tanto conocimiento de las dificultades de aprendizaje. La mirada de ellas es bien desde lo médico y más especializado en los prematuros.

Psp: ¿Qué expectativas tenían antes de comenzar las rotaciones?

Psp1: Lo veía como un espacio de aprendizaje, esto de poder compartir la consulta con otros profesionales, y también ver la posibilidad de participar en esa consulta si bien uno tiene como otro espacio y la consulta la dirige el profesional, por lo menos a mi las veces en que Tallis me consultó o tomaba alguna decisión

y pedía mi opinión. Básicamente como esto: aprendizaje y poder compartir con otros.

Psp2: Sí, aprender y también la posibilidad básicamente de como esto uno lo hace cuando apenas ingresa al hospital, también bueno ver esto el movimiento del hospital, el consultorio externo, ver que casos llegan, que no es lo mismo que un consultorio de una clínica o un consultorio privado.

Psp: ¿Cuáles son los aportes que les brindó la rotación como espacio de formación?

Psp1: Respecto a la rotación por el consultorio del Dr. Tallis, el tema de la casuística. Casos que uno ve acá, no los vería en otro lugar. Al ser un neuropediatra muy reconocido, le llegan muchos casos como cuadros, síndromes o cuestiones que tienen que ver más con lo emocional, trastornos generalizados del desarrollo, dificultades de aprendizaje.

Psp2: Ver también como él va despejando a través de las preguntas, si es una cosa, si es la otra, a donde deriva. A mí me parece que es muy interesante poder haber tenido la experiencia de ver que hace un neurólogo en el consultorio porque uno como psicopedagoga se va a topar con nenes que han sido vistos por neurólogos o que tienen que ser derivados a un neurólogo. Entonces tener esta mirada de Tallis internalizada. Yo me acuerdo muchísimo de una vez que vinieron los padres de un nene que tenía claramente muchísimos problemas de conducta y que era opositorista y se negaba a todo, ante esto él advirtió que estas no eran cuestiones neurológicas, sino psiquiátricas. Entonces bueno ahí como que él delimita campos también y separa las cosas. Porque a veces los padres piensan la hipótesis neurológica en cualquier caso.

En el consultorio de la Dra. Piasco la experiencia que tiene en el desarrollo, cómo va mirando las pautas madurativas, incluso como que se guía mucho por las escalas que generalmente siguen a Piaget o a Gesell, entonces ves que prueba a ver si se sienta sino se sienta, les muestra algunos objetos y se fija a ver que hace, qué juego empieza a armar, aunque sea un bebé. Por más que la madre diga que camina, ella lo baja y ve como es su marcha, es decir mide las pautas madurativas.

Psp1: Si creo que en el aporte también es importante esto: poder tener en cuenta qué es lo que el otro profesional ve, a qué cuestiones le puede prestar atención, cómo llena la historia clínica para poder tenerlo internalizado, pero también no perder de vista la propia mirada respecto de lo disciplinar de uno, como también saber en qué momentos podría intervenir o en cuáles no.

Psp: ¿En ese sentido cuáles sienten que fueron los aportes como psicopedagogas que pudieron hacer al espacio de rotación o también si hay otros aportes que empezaron a pensar luego de la rotación que les parezcan pertinentes para estos momentos?

Psp2: Y... ¿Aportes a ellos? Me parecen más claro en la rotación por neonatología. Se hace más claro el trabajo interdisciplinario o común entre las dos profesionales y que ahí a lo mejor se rescata un poco más. Y respecto a los demás profesionales un poco tiene que ver con las características de los demás profesionales, y las propias de uno también, porque hay personas que en el momento de la rotación a veces pueden aprovechar o intervenir más y otras no.

Porque me parece que Piasco y Tallis, desde mi mirada personal, son dos profesionales con mucho recorrido, que saben mucho de psicopedagogía y que a lo mejor uno también puede aportar cuestiones pero que tienen ellos una mirada de lo que uno puede llegar a ver. Me parece que con las neonatólogas es diferente, uno aporta cuestiones nuevas para ellas.

Psp1: Si bien yo no roté por Neonatología, me parece que el lugar que ellas dan, uno podría decir que es hasta como más compartida la consulta entre los profesiones que respecto en la de Tallis o en la de Piasco. Ahí uno si bien no tiene un rol pasivo estás más como observador de lo que pasa o haciendo alguna intervención. Pero me parece que es como más compartida la consulta en neonatología.

Psp2: Claro lo que pasa es que si bien el saber de Tallis es de neuropediatría, es una persona que sabe mucho de psicoanálisis, de pedagogía. Muchas de las cosas que leímos nosotros, también las leyeron ellos. Tallis o Piasco no son psicopedagogos, pero me parece que saben muchas cosas. Y nosotras también en recorrido, hemos recorrido menos que ellos. Entonces por ahí no es lo mismo una psicopedagoga que se siente caí de la misma edad que Tallis, que nos sentemos nosotras.

Psp: Y por ahí en ese sentido estaría bueno pensar qué es también lo que esperan ellos, que es uno de los objetivos de nuestro trabajo. Pensar las expectativas de uno e intentar con jugarlas con las expectativas de ellos. En el caso de Tallis él pide uno rol más activo, y en el caso de Piasco no. Incluso quizás si uno rota con un pediatra más joven, o que no esté especializado en pediatría del desarrollo, quizás uno como rotante también puede intervenir un poco más.

Psp2: Sí. Yo me acuerdo cuando rote por el Hospital Vélez con un pediatra en adolescencia, que todas las cuestiones de aprendizaje, me las consultaba a mí.

Psp1: Claro, supongo que el aporte está centrado en eso, en el aprendizaje.

Psp: ¿Se encontraron con obstáculos en el desempeño de ustedes por estos espacios?

Psp1: ¿Desde el desempeño propio?

Psp: Sí, por ejemplo.

Psp1: No. Yo la verdad que no. A veces lo que si pasaba es que por ejemplo debido a la cantidad de pacientes que Tallis atendía, quedan cuestiones que si uno no repregunta, tampoco entendés mucho porque Tallis no se toma el tiempo para explicarle a la persona que está rotando, porque aparte siempre hay más de un profesional en el consultorio, porqué dio tal o cual diagnóstico o medicación. Y estas son cuestiones que se pueden tornar en un obstáculo si uno se que da con lo que él dice en el momento y no pregunta. Eso también depende de la posición de uno. Si uno puede preguntar, él sí aclara, explica porque hizo tal cosa y no hizo otra.

Psp2: Creo que tiene que ver la forma de ser de cada uno. Tanto Tallis como Piasco están muy acostumbrados a que haya alguien observándolos y eso no pasaba con las neonatólogas, entonces el vínculo que se generaba era diferente y uno siente como otro lugar. Entonces si en neuropediatría o en pediatría, uno no se hace el tiempo para pregunta queda como al margen. Igual yo me sentía

cómoda de no estar obligada a intervenir ahí, porque uno acaba de ingresar al hospital, entonces al principio me tomé tiempo para observar. Porque el lugar tampoco está armado interdisciplinariamente.

Psp: ¿No te parece que sea interdisciplina?

Psp2: Interdisciplina no. A lo mejor con las neonatólogas se intenta. Pero con Piasco no.

Psp1: Sí a lo mejor se podría hablar de algo más multidisciplinario pero no de interdisciplina.

Psp: ¿Y tuvieron acceso a las historias clínicas desde esos espacios?

Psp1: Sí, de hecho Tallis te hace armar alguna historia, completarla. Es complicado el tema de las historias clínicas, va también te pasa con los pacientes propios, son historias clínicas únicas, donde todos los profesionales de pediatría puede completar. A veces uno sabe qué profesional completó determinada cosa, a veces no están las firmas, hay terminologías que uno no entiende, más allá de cuestiones en cuanto a la letra, pero sí terminologías que uno no entiende, cosas que no están claras. Piasco es como detallada en la historia clínica. Tallis es como muy expeditivo, pone poco. Esto sí genera obstáculos a veces a la hora de intentar comprender el discurso del otro, o que cosas le están pasando al paciente, o porqué cosas consulta, porqué no.

Psp2: A veces hay información que no figura en la historia, ponen lo mínimo indispensable, cuestiones de medicación conductas. Entonces es difícil agarrarlo y entender. A veces ponen la medicación y no la dosis, entonces si no está el médico, por ejemplo Tallis, es indescifrable.

Psp: ¿Qué pensará Tallis cuando lee una historia clínica armada por una psicopedagoga como en el caso que vos nos contabas, que él te pidió en su consulta que se la hicieras?

Psp1: Claro a mí, él no me anticipó que cuestiones preguntar y cuáles no. No sé en otros casos si él dice de indagar acerca de ciertas cosas. Lo que pasa es que cuando a él le llegan pacientes por primera vez, uno ve que cuestiones pregunta respecto a motivo de consulta, embarazo o alguna enfermedad peri o post natal. Uno tiene que estar atento a estas cuestiones que él pregunta porque no son las mismas que uno pregunta al armar la historia clínica o en una primera consulta en psicopedagogía.

Psp2: Sí, igual hay cuestiones básicas de cómo llenar una historia que nosotras no manejamos mucho. No nos regimos mucho por eso. De antecedentes, son cosas que en la facultad nosotros sí lo aprendimos, una anamnesis, yo también lo veo ahora en el Gutiérrez con las psiquiatras, cuando vos agarrás un paciente que compartís con una psiquiatra, faltó una hoja con antecedentes familiares, otros tratamientos, que por ahí así nos no lo tiene tan estructuralmente armado, y a veces uno ni preguntó si hay algún antecedente de retraso mental en la familia o de problemas de aprendizaje. Estas son cuestiones en las que aves tenemos que volver nosotras repreguntar.

Igual con Tallis a mí me pasó, porque después me dicen los padres, que él lee, si compartimos algún paciente, él lee lo que uno puso. Él va chequeando la información que está escrita por uno. Esa historia la agarra cualquier pediatra.

Psp: ¿Ustedes piensan que este puede ser un espacio para la prevención y promoción de la salud?

Psp1: No. Me parece que ahí no hace prevención de la salud en el espacio de Piasco o Tallis. A lo mejor uno hace como más promoción de la salud, desde el vínculo más saludable, desde el espacio con las neonatólogas con las intervenciones que apuntan más a la crianza, al vínculo, creo que ahí uno puede promover cuestiones más saludables. Pero lo cierto es que los pacientes que consultan con Tallis, llegan porque algo les pasa.

Psp: ¿Pero en ese espacio asistencial, uno como rotante podría hacer promoción?

Psp1: Depende por donde rote uno. A mi me pasó en el Vélez eso. Sí, era un re espacio de promoción. La doctora que era de adolescencia hacía toda su consulta pediátrica y después decía “y en la escuela cómo andás, contale a ella” y nos poníamos a charlar y por ahí salía esto de que en la escuela el hijo no andaba bien y se charlaba. En general venían o por enfermedad o por un control en adolescencia, nada que ver con el aprendizaje y ahí se mete como la promoción porque estaba yo ahí, pero sino el padre por ahí no lo traía ahí y el chico se llevaba como catorce materias.

Psp2: Por eso tiene que ver con el lugar por el que uno está rotando, el lugar que se le da, el tiempo que se le da a la consulta con cada paciente.

Entrevista N°5

El día 16 de Agosto del 2006 se realizó una entrevista conjunta a tres Lic. en Psicopedagogía, pertenecientes al Equipo de Psicopedagogía del G.T.I.A.D. y que han participado de las rotaciones intrahospitalarias. Dos de ellas eran residentes y una concurrente.

Entrevistador: Psp

Entrevistado: Psp 3, Psp 4, Psp 5.

Psp: Cuéntenlos cómo fue su experiencia por las rotaciones que realizaron por consultorios externos y por cuáles de estos han rotado hasta el momento.

Psp 3: Al principio yo roté en neonatología con la Dra. Scóccola.

Psp 4: Yo con la doctora Goyeneche. Y ahora estamos juntas rotando por el consultorio de neuropediatría con el Dr. Jaime Tallis.

Psp 3: En el consultorio con las neonatólogas uno participa de la consulta de control de los prematuros. Yo me encontré ahí con muchas posibilidades de intervenir, preguntar, observar, hacer algún aporte a la neonatóloga: un lugar para pensar conjuntamente cuando la consulta terminaba. Como que se dio un lugar para hacer algún aporte. Participábamos de la consulta, no es había una instancia posterior sistematizada de charla, sino que por ahí se daba más informalmente.

Con Tallis además de participar en la consulta, a veces cuando él va a hacer las recorridas por la sala de internación, podemos acompañarlo, pero ese es un espacio más de observación en la sala de pediatría.

Psp: ¿Y en la consulta cómo es su rol?

Psp 3: En relación al nivel de participación de las psicopedagogas, mientras él revisa al paciente o escuchando a los padres, él como que busca mucho la opinión de la psicopedagoga por ahí en lo que se refiere a cuestiones del aprendizaje, o por ahí ver como un segundo punto de vista en relación a lo que le pasa al paciente, siempre en relación al aprendizaje, a lo cognitivo y a lo escolar porque bueno de la parte médica obviamente se ocupa él. Pero en relación al nivel de participación de la psicopedagoga quizás es menor que en el espacio con las neonatólogas. Quizás también porque es más unidireccional el tema de la información. En ese espacio uno es quizás más una especie de consultor, pidiendo tu opinión, pero yo no sé si está abierto al campo para que sea un espacio conjunto de pregunta o de reflexionar como por ahí en neonatología que se generaba un espacio de charla de crianza por ejemplo entre la neonatóloga, la psicopedagoga y la madre. Con Tallis tiene más que ver con qué te parece esto por un tema puntual. Cuesta un poco más hacerse el lugar, pero me parece que tiene mucho que ver con ir haciéndotelo de a poquito.

Psp 4: Sí, la realidad es que la consulta es con el neuropediatra o con la neonatóloga, es decir que nuestra presencia no es necesaria, sí puede aportar, pero en realidad los pacientes no van a vernos a nosotras, sino que se encuentran con nosotras, y coincide en que tiene que ver con las características personales porque uno está ahí, puede aportar algo, pero tiene que ver también con que si uno se anima a hacerse, si siente también que le dan lugar. Yo con Goyeneche,

bien al principio, decía: “esto es de la escuela, te toca a vos”, pero después ya no tuve tanto espacio. Yo no veo tanto espacio. Con Tallis te da una tarea para hacer algo como una vez que nos hizo armar la historia clínica, o cuando está el informe también, él se queda con el C.I. y por ahí note pregunta qué pensás vos.

Psp 3: No, pero yo lo que veo de Tallis es un requerimiento, una demanda hacia nosotras por un tema específico, por ejemplo lo escolar, el nivel cognitivo. En cambio las neonatólogas, como una demanda más amplia en relación a la crianza, o por ahí en relación al jardín, cuando el nene empieza el jardín.

Psp 4: Sí, por otro lado lo que pasa es que también la Dra. Goyeneche por ejemplo, es muy sólida. Tiene mucha experiencia, y yo pensaba en que esas intervenciones las podría hacer yo o un psicólogo, tiene mucha experiencia con las mamás en lo que pregunta, hace la historia de un montón de cosas y ahí pienso que lo podría hacer sola. Ella tiene un recorrido a todo nivel: de crianza y de cosas muy específicas más allá de lo médico, entonces por ahí uno que no es su espacio, es difícil ahí encontrar el hueco porque ella tiene respuestas que exceden lo médico.

Psp: ¿Y qué aportes sienten que les brinda a ustedes la rotación por los consultorios?

Psp 3: Muchísimos, la verdad muchísimo. El de neonatología por ejemplo primero con cuestiones que tienen que ver más con la medicina, con lo médico, lo biológico, el cuerpo, cuestiones de prematuros que no conocía.

Psp 4: Sí con todo una serie de síntomas o cuadros que se presentan en los prematuros, como los derrames y sus niveles, las hemorragias, cuestiones de medicina pediátrica que es importante conocerlas.

Psp 3: Por otro lado también todo lo que tiene que ver con las cuestiones del desarrollo normal y esperable y cómo se dan estas cuestiones en los prematuros con la edad corregida, la edad cronológica, y que es esperable que logren algunas cosas o un poquito más tarde o en su edad corregida. Eso también es muy interesante.

Y después bueno qué cosas miran ellas. El poder observar una díada, y ver cómo esa mamá lo mira, lo cambia, cómo lo sostiene, de qué manera le habla, cómo se vincula con él, qué lugarcito le hace esa mamá a ese bebé.

Psp 4: Sí, eso es realmente interesante, porque estás viendo el lugar de prematuro eterno que se arma entre los dos. Esas son cuestiones muy observables.

Psp: ¿Y en esa observación del vínculo pudieron hacer alguna intervención?

Psp 3: Y en mi caso no, porque Goyeneche marca mucho esto del tema del vínculo, ella interviene mucho y baja línea, te dice esto no, esto sí, es muy directiva. Después cuando la mamá se iba, sí intercambiábamos algo en relación a lo que yo o ella pensábamos.

Psp 4: Sí, yo creo que ese espacio que se genera posterior entre ambos profesionales da mucho pie para tomarlo por ahí o para retomar en otra consulta que esto es lo que por ahí tiene de bueno y de particular el seguimiento a prematuros. Que hay otra consulta que va a venir donde se escuchan tus aportes, así como también vos podés escuchar los del médico y enriquecer tu propia mirada.

Psp: ¿Sentís que alguno de tus aportes después fue retomado en otra de las consultas?

Psp 3: Mirá yo estuve tres meses y no sé, porque creo que hubo dos o tres pacientes que yo vi más de dos veces. Pero lo que sí, es que hay un registro de uno en esas consultas. Y respecto a la pregunta anterior si pudimos hacer alguna intervención, yo particularmente sentía que tenía campo. Quizás son intervenciones más en acto, por ahí no intervenciones con una direccionalidad como pasa en el tratamiento psicopedagógico, sino que intervenciones muy en el aquí y ahora, como muy situacionales, el diagnóstico también es muy situacional. No hay seguimiento. Uno tiene que tener mucho cuidado en cómo interviene en una díada que estás viendo diez minutos, teniendo en cuenta que ninguna de esas intervenciones son sin efectos. Son intervenciones más en acto, en función de lo que uno va viendo: por ahí si el bebe está en una posición muy incómoda, yo o la Dra. Scóccola, lo marcábamos o si le saca la ropita muy fuerte y por ahí el bebe se incómodo. O por ahí una mama que tenía mellizos y estaba en duda respecto de la escolarización de los nenes, que tenían alrededor de dos años y medio, y ahí se dio una charla entre las tres y se pudo reflexionar con la mamá. No se le dijo: la edad para empezar el jardín es tal, sino que se reflexionó acerca de eso. Al ser una cuestión del jardín, esto se abrió y la Dra. me presentó diciendo que yo era psicopedagoga. Se pensó cuál era el momento más indicado para ella, que no hay una edad específica para empezarlo. Esto de que la consulta se transforme, y me parece que ahí está nuestro aporte, más allá de escuchar lo que tienen que hacer, que los padres se puedan también preguntar y hacer alguna pregunta acerca de la salud de su hijo, en todo sentido salud física y psíquica. Instalar algo, que puedan mirar, escuchar y vincularse a sus hijos.

Psp 4: Claro, porque los médicos son muy directivos y te dicen qué hacer y qué no. En cambio nuestras intervenciones son más abiertas. La del médico es tipo causa efecto. Ahí te ponés en el lugar de la madre y decís que se estará preguntando esta mamá. A veces además dan mensajes como muy rotuladores.

Psp 3: Sí, por ejemplo le dicen: si es prematura va a tardar mucho más en hacer las cosas. Es parte del discurso médico hegemónico. Son mensajes que tampoco son sin efecto, son condenatorios. Por ejemplo, mi paciente Jazmín cuando yo la vi por primera vez en neonatología, Scóccola le decía: ella va a tardar más en hablar. Y uno piensa por ahí esta nena no está hablando por algo más, más allá de la prematurez, sino que puede ser por otras cuestiones que se ligan, pero que no lo son esencialmente. Por ahí este discurso de los médicos por ahí parece que tapan lo que traen los padres. Creo que en algún punto condiciona un poco.

Psp: ¿Y en la rotación por neuropediatría, que otros aportes rescatan?

Psp 4: A mi me aportó sobre todo esa rotación, el observar una población que yo desconozco, pacientes así con problemas neurológicos que en psicopedagogía yo nunca había visto. Es una población que era totalmente desconocida para mí. Y ahí a partir de ese déficit orgánico, sí habría como una intervención específica psicopedagógica.

Psp 3: Es muy interesante la variedad de cuadros que llegan. Es impresionante ver también la posición de los padres en ese ratito que los ves, cómo describen

los padres los problemas de los chicos. Las mamás de neonatología también llegan con sus angustias pero es diferente la angustia. En este caso traen a sus hijos quizás después de varias consultas, con diagnósticos que tienen desde hace años.

Psp 3: Es diferente porque el prematuro tiene eso que quedó de estar entre la vida y la muerte. Ese nene en algún momento estuvo cerca de la muerte y queda eso en los padres: “bueno está vivo, me conformo con esto”. En los pacientes de Tallis no pasa esto, es el chico que está fallado y que va a seguir “fallado”. Ver cómo los padres se vinculan con esos chicos que tienen esas dificultades y te encontrás con muchas cosas: padres super contenedores que le dan el lugar para hablar al chico o padres que se sientan y ni se fijan si el hijo está mirando al médico o no, es decir padres que favorecen más que el nene tenga un lugar en la consulta, en la vida.

Tallis tiene una mirada muy clínica. Dos preguntas y se da cuenta si hay algo de lo psicológico. Si bien es muy expeditivo con los pacientes, enseguida te hace una lectura.

Psp 3: Sí, sí. Tiene una visión muy interesante para hacer diagnósticos diferenciales.

Psp: ¿Y tuvieron acceso a las historias clínicas desde esos espacios?

Psp 4: Sí, en las dos rotaciones. Con los prematuros, al principio Goyeneche estaba como más atenta de mostrarme los antecedentes de los prematuros. A veces yo quedaba como pagando porque era toda terminología muy técnica de la medicina. Había mucho tecnicismo, pero siempre mucha disposición para explicarnos.

Psp 4: Sí, igual a mí al menos Scóccola, antes de empezar la consulta me decía: “esta es una recién nacida antes de término, de bajo peso, con alto riesgo, con muchas complicaciones perinatales”.

Psp: ¿Encontraron algún otro obstáculo al ingresar o al presenciar las rotaciones?

Psp 3: Sí, otro sería no saber qué es lo que espera el médico del rol psicopedagógico en la consulta. A veces no sé que se espera de la psicopedagoga ahí. Por ahí esto me hizo más ruido el día que Tallis sin decirme nada, nos dijo: “abran la historia clínica”. Es verdad que las miradas de uno y de otro son diferentes, por ahí para él hacer una historia vital, es diferente que lo que es para una psicopedagoga hacer una historia vital. Yo me preguntaba, qué espera de lo que nosotras podamos indagar, o de cómo nosotras podamos intervenir. Me parece fundamental saber qué es lo que espera el neuropediatra o la neonatóloga. Como si fuera aclarar encuadres conjuntamente. Aclarar qué es lo que nosotras podemos aportar, nuestros alcances y nuestras limitaciones y también ver qué representación tienen ellos de nuestro rol en la consulta pediátrica y también ver qué expectativas. El rol psicopedagógico en la consulta, no el rol psicopedagógico en sí, sino inserto en la consulta, más allá de la psicopedagogía en general, porque sino te pueden ligar mucho con el aprendizaje escolar y lo que uno puede aportar va mucho más allá del aprendizaje escolar.

(En este momento una de las concurrentes se integró a la entrevista y nos contó su experiencia respecto a la rotación)

Psp 5: Yo roté por neonatología con la Dra. Goyeneche, la verdad que mi experiencia fue bárbara, muy interesante. Al inicio no hice muchos aportes, como que escuchaba más y daba el espacio al profesional que me conociera un poco y que se sintiera cómodo, porque también entendía que estaba en un espacio ajeno, es un espacio médico, como para recién después intervenir. Después por su puesto que tuve el espacio para intervenir en muchas ocasiones. Yo me sentí muy cómoda, como que sentí que siempre pude decir lo que quería decir delante de la mamá o fuera del espacio donde yo señalaba cosas que había percibido de la madre o del vínculo. Como para que ella ponga el ojo en ciertas cosas y pueda seguir escuchando. Así me paso una vez que una mamá entra y pone al chiquito de un mes en la camilla y se va a sentar a otro lado. Y ahí a uno le sale desde lo corporal, levantarse a tener al chiquito, porque pensaba: se va a caer. Lo dejó ahí y se sentó. Y la madre le decía a Goyeneche: “no me mira Dra., para mí que es ciego”. Yo lo miraba al bebé y se veía que tenía una desconexión con un mes. Me impactó mucho porque la madre lo agarro y la Dra. le tuvo que dar vuelta la cabeza para decirle que lo mirara. Le tuvo que mostrar la necesidad de mirarlo. Cuando se fue empezamos a vincular cosas de esta madre con el momento de internación. Pensamos una posible derivación de la madre, porque más allá de se le indicara todo esto, nos daba la impresión de que era una situación como grave.

Psp3: Claro ahí se ve esto de que son intervenciones más en acto, como que uno la ayuda a la mamá a que haga determinada cuestión con el chico como para favorecer más el vínculo, es una intervención más en acto, yo me lo figuraba así. Si la consulta dura diez minutos, uno no puede hacer una intervención ni muy estratégica ni muy planeada, sino que son intervenciones en el aquí y ahora, bien delimitadas, con un propósito definido: “sostenelo así de esta manera”.

Psp 5: En general yo siempre me sentí cómoda para intervenir, siempre eso sí, dejando el espacio para que la Dra. estableciera el diálogo con la mamá, también ubicar a la mamá sobre quién era yo, que era de psicopedagogía, que estaba rotando por ahí.

Psp 3: Sí, ese es un punto a tener en cuenta, porque entre comillas, el anfitrión de ese espacio es el médico, entonces ver también cómo te presenta, me parece que es un punto como para darte lugar. Pero no porque no te presente, uno no tiene lugar. Y eso es algo que a mí me costó y no siempre lo hice. Pero me parece que a veces es uno el que se tiene que hacer el lugar de a poco. A veces Scóccola no me presentaba y a veces la verdad es que yo tampoco me presentaba. Y la verdad que muchas veces este me parece un buen punto a trabajar con los médicos, ver cómo nos presentan o cómo nosotras nos presentamos, porque a los padres le debe quedar algún fantasma de quién sos o porqué estás ahí.

Psp 5: Claro lo que pasa es que en el consultorio de Tallis a veces hay rotando seis personas y no va a estar presentando a todos, pero en neonatología, que es un espacio como más cuidado, donde la mamá deposita tanta confianza, que de repente que haya una persona ajena debe resultar hasta invasivo. Yo en algunos momentos me retiré, cuando sentía algún gesto o mirada de la madre, que me parece sano, le quería contar algo a ella y no a mí. Como de respeto.

Desde los aportes que rescato de la rotación, es que implica una apertura del rol dentro del hospital, pero fuera del espacio estrictamente clínico

psicopedagógico. Sentí lo más parecido a lo que es un espacio interdisciplinario. Eso me aportó mucho conocimiento en relación a ver cuáles son las inquietudes de las mamás de estos chiquitos, las cosas que las angustian, las cuestiones que se repiten en muchas madres, recurrencias. Y la idea era generarles preguntas a la madre. Uno veía mucha sobreprotección hacia estos chicos por parte de sus madres.

Psp: ¿Piensan que el espacio de rotación puede ser generador de un espacio interdisciplinario?

Psp 5: Sí totalmente, a mí me parece que sí.

Psp 3: Depende, pienso que depende de lo que se entienda por interdisciplina. Yo creo que el espacio en sí mismo no genera un espacio interdisciplinario. Me parece que depende mucho de las personas que lo conforman y no de que se junten dos profesiones. Que se junten dos personas que con sus diferentes profesiones, estén abiertos al aporte del otro. Una escucha abierta. Yo en la rotación por neonatología sentí que había un lugar, que había interdisciplina. El espacio con Tallis, no lo veo tan así.

Psp 5: Incluso en neonatología, las chicas ya habían empezado a rotar el año anterior, es un recorrido que no es de un día para el otro. Tiene que ver con un espacio que se va construyendo desde ellas y desde nosotras. Es algo que se va haciendo sobre la marcha. De hecho surgieron trabajos entre las dos disciplinas, que no deja de ser un reconocimiento a nuestra labor, a nuestra tarea y al aporte que nosotras podemos dar. También depende de quién rote y de cómo se lo tome, si le gusta más o le gusta menos. A mí me encantaba el espacio.

Psp3: Si yo estoy de acuerdo porque a mí me pasó eso en neonatología. Pero creo que el espacio en sí mismo, es decir que una psicopedagoga rote por un consultorio pediátrico no hace en sí mismo a un espacio interdisciplinario, porque esté la presencia física de dos profesionales de diferentes disciplinas. Me parece que parte de cierta actitud del profesional, estar abierto al mirada del otro, poder compartir cierta mirada acerca de un mismo paciente, en el que cada uno hará su recorte, sin perder de vista al niño como totalidad, poder ver las cuestiones que atañen a la disciplina de cada uno y estar abierto y empaparte de lo que el otro sabe como cuestiones de la medicina, que son muy interesantes y que yo no tenía idea, que está buenísimo aprenderlas. Y por ahí con cuestiones que tienen más que ver con el desarrollo que a nosotras si nos atañe, que por ahí tampoco las sabíamos. O cuestiones que uno no observa en un paciente porque quizás no está atento a eso, pero el otro lo puede mirar, o que no lo ve y lo vemos nosotros. Es un plus que se puede aportar y ellos lo mismo para con nosotros. Como que se da una complementariedad que es buenísima. El paciente está como abordado más integralmente.

Pero es una cuestión que depende de las de las personas, que aparte de ser profesionales. Depende más que nada del posicionamiento profesional, más que con la presencia física de dos profesionales en situación. Es un aporte que te permite aprender a trabajar con otro.

Psp: ¿Piensan que la rotación puede ser un espacio para la promoción de la salud y la prevención?

Psp 3: Sí, totalmente.

Psp 5: Sobre todo en neonatología. Más aún en aquellos casos que pueden ser derivados a psicopedagogía.

Entrevista N°6

El día 2 de Agosto del 2006, se realizó la entrevista a la Lic. Juana Marrón, Coordinadora del Equipo de Psicopedagogía, dependiente del Servicio de Pediatría del Hospital Durand.

Entrevistador: Psp

Entrevistado: Lic. Marrón

Psp: ¿Cómo y cuándo surgió este espacio de rotación? ¿En qué servicios empezó primero?

Lic. Marrón: Surgió desde que empezó la residencia. Siempre existieron estos espacios de rotación que comenzaron en el equipo del Dr. Tallis: el equipo de neuropediatría, que estaba conformado por dos profesionales el Dr. Tallis y la Dra. Marta Vallejos, había dos consultorios para rotar. Y por otro lado el consultorio de la Dra. Marta Piasco.

Psp: ¿Hay posibilidad de abrir la rotación por otro equipo del GTIAD?

Lic. Marrón: Sí. A veces se hace alguna rotación por el equipo de Pablo Bottini, de Psicomotricidad y hemos tenido cuando hay un interés en la rotación por Estimulación Temprana donde se podían ver admisiones y algún tratamiento, fundamentalmente las admisiones.

Bueno, el criterio que existió fue que eran consultorios, equipos o servicios que estaban en el GTIAD, pero esto actualmente se ha ampliado y ahora no sólo se rota por equipos de GTIAD, sino también por otros equipos.

Pediatría del Desarrollo y Neuropediatría fueron los primeros en constituirse como espacios de rotación. Pero cuando la gente tiene interés en algo de Psicomotricidad o en Estimulación Temprana hemos pedido la rotación por esos equipos. Por los otros equipos no, porque Lenguaje o Terapia Ocupacional por ejemplo no están reconocidos legalmente. Es gente que trabaja con Tallis, a su lado, pero yo no puedo hacer rotar a los residentes por equipos no legalizados. Entonces los consultorios que hay para rotar son estos, pero si a alguno le interesa se podría hablar incluso con musicoterapia, que está legalizado y tiene concurrentes.

Las rotaciones por los consultorios de neuropediatría y pediatría del desarrollo son obligatorias. Por otro lado lo que estamos haciendo es abrir las rotaciones también a la concurrencia.

Psp: ¿Hubo algún criterio para que se desarrollara en ciertos equipos y en otros no?

Lic. Marrón: Sí, que en realidad dimos mucha importancia al trabajo con médicos pediatras, porque nos parecía que trabajar interdisciplinariamente con ellos o buscar un trabajo interdisciplinario era muy importante. Después en función de los intereses de las residentes pudimos también pensar en trabajar en una comunicación con el Equipo de Psicomotricidad donde no sólo se hace una rotación si interesa, sino que hay momentos en que hemos hecho admisiones conjuntas, es decir ver un niño desde las dos miradas.

En Estimulación Temprana es por interés de la gente que rota, como dije antes. Con este equipo tenemos también comunicación conjunta cuando se nos deriva un niño que ya no corresponde que esté en estimulación temprana, sino que pasa a psicopedagogía por su edad.

Psp: ¿En qué podría contribuir la psicopedagogía a la consulta en la rotación?

Lic. Marrón: A mi me parece que la psicopedagogía puede contribuir con una mirada a la consulta médica en la rotación, pero esto debe ser mutuo y correspondido, es decir nosotros podemos aprender cosas desde una mirada psicopedagógica, pero también tenemos que conocer para poder aprender qué se maneja en ese consultorio, qué cosas nos aporta también la medicina o la pediatría. Creo que esto es muy importante porque tenemos que ponernos al tanto de un lenguaje, una mirada y que es a esto lo que contribuye fundamentalmente este trabajo, por eso a mi me interesa.

Nosotros podemos aportar sobre todo desde las pautas de aprendizaje, una mirada bastante clara y nueva a lo que puede ser la neuropediatría o la pediatría del desarrollo y que en general incluimos contextos que los médicos no tiene en cuenta, por ejemplo contextos como la escuela, la familia, cómo podemos ampliar y establecer redes en esos contextos.

Psp: ¿La rotación por neonatología cuando comenzó?

Lic. Marrón: Hace tres años se abrió una rotación por el consultorio de neonatología. Esto surgió en función de que en ese momento en realidad nos buscaron para comenzar un trabajo de seguimiento y de evaluación a prematuros, lo que le exigió al equipo un tiempo de formación previa y elaboración de un proyecto. Esto que se consiguió, que sigue funcionando, que por último acordamos que vienen todos los prematuros de bajo peso que nacen en el hospital y no sólo los que tienen problemas, y que realmente es un lugar de rotación obligatoria. Este es un espacio que se abrió por fuera del grupo de trabajo interdisciplinario de aprendizaje y desarrollo que nos parece muy importante. Allí también justamente por nuestra mirada somos bastante solicitadas para hablar o pensar en pautas de desarrollo y aprendizaje.

Esto llevó a realizar desarrollos conjuntos, a intercambiar ideas. Inclusive se presentó conjuntamente en un congreso sobre prematuridad, un póster realizado por ambas disciplinas: la neonatología y la psicopedagogía. Con los prematuros se realizan seguimientos ya pautados casa seis meses. En el caso necesario se hace tratamiento.

Psp: En la entrevista que mantuvimos con las neonatólogas, ellas comentaron que hace algunos años atrás, la rotación por su consultorio, no duraba tres meses sino que se realizaba por un período de un año, esto en función de qué cambió?

Lic. Marrón: Hay varias cuestiones que se modificaron, por un lado ahora también están rotando las concurrentes, además no teníamos interesadas al principio. Ahora esto se transformó para que puedan pasar todas por este espacio.

Lo que ocurre es que cuando fueron las primeras intervenciones en el consultorio de neonatología, había sólo dos personas interesadas que me pidieron rotar, a mí me pareció importante pero no estaba pautado y normado como ahora. Actualmente es un espacio obligatorio, no elegido solamente “porque me gusta

trabajar con prematuros”, sino de formación para que tengan contacto con lo que puede ser el trabajo psicopedagógico con prematuros.

Así que esto se tuvo que acotar a tres meses como el resto de las rotaciones. Se sistematizó así desde que ellas vinieron hace tres años a buscar nuestra colaboración. Aquellas primeras rotaciones fueron muy importantes porque dejaron muy buena impresión y después de tantos años vinieron a consultarnos para continuar el trabajo, así que ese antecedente fue muy importante, yo siempre lo planteo. Estuvieron Cecilia Aghost y Claudia Viñuela Ortiz, que es la licenciada que vino el otro día al ateneo temático.

Psp: ¿Cuáles son los aportes que se esperan de la rotación como espacio de formación?

Lic. Marrón: Considero que uno si trabaja con otros en un equipo y tiene objetivos interdisciplinarios, es importante que tenga comunicación. Creo que a través de los años nos hemos aportado mutuamente, pero que en este momento hay un especial interés por ver cómo mejorar este trabajo y hacer posible una mejor interdisciplinaria, si es que hay alguna.

La rotación abre lugar a la capacidad de trabajo interdisciplinario y para conocer modalidades de trabajo de otros profesionales que trabajan con el mismo niño, con el mismo sujeto que nosotros trabajamos, para no tener una visión segmentada del mismo. La realidad es una, el niño es uno y todos tenemos que tratar de mirar a ese niño desde distintas miradas pero tratando de aprovechar al máximo lo que el otro nos da: capacidad de escucha, conocimiento de vocabulario común, tratando de ser claros en las historias con lo que nosotros escribimos en ellas, porque son historias únicas. Es decir que esto tiene consecuencias importantes.

Cuando uno trabaja con niños es fundamental hacerlo con el pediatra del desarrollo o el neuropediatra. Porque estos son dos ejes fundamentales del desarrollo.

Psp: ¿Qué expectativas fueron las que llevaron a la apertura de este espacio?

Lic. Marrón: En tanto este es un espacio que pretende ser interdisciplinario las expectativas fueron justamente esas, de pensar en conjunto con otros, lo que no quiere decir profundizar en la otra ciencia. Pero minimamente, desglosar ese idioma oscuro que a veces tienen las especialidades, con lo cual uno se queda sin saber absolutamente nada. Entonces este trabajo busca eso. En general se le pregunta sobre bibliografía, sobre posibilidades de obtener datos, sobre síndromes, o sobre qué puede querer decir una abreviatura. Este es un trabajo que intencionadamente apunta a eso y creo que va a enriquecer totalmente al equipo.

Psp: ¿Se podría pensar en este espacio desde la promoción y prevención de la salud? ¿Por qué? ¿Cómo?

Lic. Marrón: Lo que yo veo es que en general nosotros trabajamos con el niño que ya viene enfermo o con una cierta dificultad y creo que sí, que uno puede promover y prevenir la salud, en tanto puede ver el grupo familiar, como ha pasado en varios casos donde quizás se consulta por un miembro de la familia y se detecta otro que también puede necesitar ayuda. Pero en realidad prevención primaria, es difícil hacerla en el hospital, cuando ya el niño o su familia consultan.

Psp: ¿Quisieras agregar algo más?

Lic. Marrón: Creo que los objetivos del trabajo que están haciendo son muy importantes, porque va a poder ser leído por otras personas que hagan la rotación y es la primera vez que intencionalmente uno toma una posición más meta y pueda elaborar cosas que enriquezcan la rotación. Más meta, en el sentido de poner como objeto de estudio la rotación. Escuchar en este sentido las expectativas y pretensiones de aquellos profesionales que están en los consultorios por los que rotamos, eso es óptimo para nosotras.

ANEXO II:
Terminología Médica:
Glosario y Abreviaciones.

Glosario

A continuación se explicitarán algunos términos propios de las especialidades: Neonatología, Pediatría y Neuropediatría, consideradas relevantes para un mayor entendimiento de las indicaciones y procedimientos médicos en las consultas en las cuales se incluye un residente de psicopedagogía.

Neonatología/ Pediatría

APGAR: El puntaje APGAR, diseñado en 1952 por la doctora Virginia Apgar en el Columbia University's Babies Hospital, es un examen rápido que se realiza al primero y quinto minuto inmediatamente después del nacimiento del bebé para determinar su condición física. La proporción se basa en la escala de 1 a 10, en donde 10 corresponde al niño más saludable y los valores inferiores a 5 indican que el recién nacido necesita asistencia médica de inmediato para que se adapte al nuevo ambiente. Se evalúan cinco categorías: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, reflejo de irritabilidad, coloración. A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 ó 2 dependiendo del estado observado en el recién nacido.

La frecuencia cardíaca se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante:

- Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

Esfuerzo respiratorio:

- Si no hay respiraciones, el puntaje del bebé es 0 en esfuerzo respiratorio.
- Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.
- Si el llanto es bueno, el puntaje del bebé es 2 en esfuerzo respiratorio.

Tono muscular:

- Si el tono muscular es flácido, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.
- Si hay cierta flexión de las extremidades, el puntaje del bebé es 1 en tono muscular.
- Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.

Reflejo de irritabilidad es un término que describe el nivel de irritación del recién nacido en respuesta a estímulos (como un pinchazo suave):

- Si no hay reflejo de irritabilidad, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones o tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.

Coloración:

- Si la coloración es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en coloración.
- Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en coloración.
- Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en coloración.

El puntaje APGAR de 1 minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento, mientras que el puntaje APGAR de 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente.

APOPTOSIS: es uno de los principales tipos de muerte celular programada (PCD). Como tal es un conjunto de reacciones bioquímicas que ocurre en las células de un organismo pluricelular, encaminadas a producir la muerte de la célula de manera controlada, a diferencia de la necrosis.

La apoptosis puede tener dos motivos fundamentales, como parte del desarrollo de estructuras corporales o bien para eliminar células que supongan una amenaza para la integridad del organismo.

Es un fenómeno biológico fundamental, permanente, dinámico e interactivo. Existen mecanismos pro- o anti-apoptóticos, regulados genéticamente, que actúan de forma activa (pues consumen energía) y equilibrada. La apoptosis puede estar frenada, en equilibrio o estimulada.

CIANOSIS: coloración azulada de la piel o de las membranas mucosas a causa de una deficiencia de oxígeno en la sangre.

EDAD CORREGIDA: Se obtiene estableciendo la diferencia entre la edad gestacional y las 40 semanas (tiempo que se considera un embarazo a término) que luego se resta a la edad cronológica del niño. Un niño nacido con una edad gestacional de 28 semanas, a los 84 días de vida tiene una edad corregida de 40 días. De esta manera se obtiene la edad corregida que es utilizada en el momento de determinar el progreso en crecimiento y desarrollo hasta los dos años.

ESCALA DE BAYLEY DEL DESARROLLO INFANTIL: Diseñada Para proporcionar una triple base de evaluación del desarrollo relativo del niño en los dos primeros años y medio de vida. Esta escala se compone de tres partes: la escala mental, la escala de psicomotricidad y el registro de comportamiento del niño. Las tres partes son consideradas complementarias.

ICTERICIA: Es una coloración amarillenta de la piel, de las membranas mucosas o de los ojos. El pigmento amarillo proviene de la bilirrubina, un subproducto de los glóbulos rojos viejos. La ictericia del recién nacido (coloración amarilla de la piel) puede originarse por muchas causas, pero la mayoría de los bebés que la sufren tienen una condición llamada ictericia fisiológica, un fenómeno común en el neonato que se presenta como consecuencia de la inmadurez del hígado. Este tipo de ictericia es de corta duración, pues dura sólo pocos días. La ictericia que persiste por más de tres o cuatro días, o que empeora con rapidez, debe ser evaluada por un médico hasta que los niveles de bilirrubina en sangre disminuyan o se normalicen.

MECONIO: El meconio es el término médico para referirse a las primeras heces del recién nacido, las cuales están compuestas de líquido amniótico, moco, lanugo (vello fino que cubre el cuerpo del bebé), bilis y células que se han desprendido de la piel y del tracto intestinal. El meconio es espeso, negro verdoso y pegajoso. Durante el embarazo, el bebé flota en el líquido amniótico en el interior del útero de la madre. Este líquido lo protege mientras crece y se desarrolla. El feto traga líquido amniótico que contiene todos los otros componentes mencionados anteriormente. Todos los contenidos distintos al líquido amniótico son filtrados y permanecen en la parte posterior del intestino mientras el líquido amniótico es absorbido y liberado de nuevo en el espacio uterino cuando el feto orina. Este ciclo mantiene el líquido amniótico en un estado claro y sano durante los nueve meses del embarazo y es un proceso de reciclaje del líquido amniótico que ocurre más o menos cada tres horas. En algunos casos, el bebé expulsa heces estando aún dentro del útero, liberando así meconio, lo cual sucede generalmente cuando el bebé está bajo estrés. Una vez que el meconio pasa al líquido amniótico, es posible que el bebé lo respire y le llegue a sus pulmones. Esta condición se denomina aspiración del meconio y puede causar una inflamación de los pulmones del bebé después del parto. Esta inflamación puede provocar un trastorno respiratorio en el bebé. Si el meconio es detectado en el líquido amniótico cuando la madre rompe fuente, se deben tomar medidas de precaución especiales para sacar el líquido que se encuentre en el estómago y los pulmones del bebé.

PARTO DISTÓSICO: parto con dificultades.

PARTO HEUTÓSICO: parto normal.

PARTO PODÁLICO: parto de nalgas.

PEDIATRÍA DEL DESARROLLO: Rama de la pediatría que se ocupa de los procesos de desarrollo y seguimiento madurativo, desde la viabilidad fetal hasta la culminación del crecimiento de todos los niños. En las evaluaciones de desarrollo se tiene en cuenta: un enfoque clínico ampliado, variables prenatales y perinatales, la familia y las características ambientales, la relación cuidador-niño

y las variables del niño: físicas, neurológicas, fisiológicas, sensoriales, motoras, cognitivas y la capacidad de relación.

PERÍMETRO CEFÁLICO: Circunferencia occipital-frontal. Es la medición de la circunferencia de la cabeza de un niño en su parte más amplia (por encima de las cejas y de las orejas y alrededor de la parte posterior de la cabeza). Durante los chequeos de rutina, esta distancia se mide en centímetros y se compara con las mediciones anteriores; los rangos normales están basados en el sexo y la edad (semanas, meses). La medición de la circunferencia de la cabeza es una parte importante de la rutina de atención al bebé sano. A través de años de recolección de mediciones, se han obtenido los valores para las tasas normales de crecimiento de bebés y niños pequeños. Durante el examen del bebé sano, cualquier desviación del crecimiento normal de la cabeza puede alertar al médico sobre un posible problema. Por ejemplo, una cabeza más grande de lo normal o cuyo tamaño se incrementa más rápidamente de lo normal puede ser un indicio de aumento de la presión intracraneal (hay múltiples causas para esta condición, incluyendo lesión craneana, meningitis, agua en el cerebro o un sangrado); mientras que un tamaño de la cabeza demasiado pequeño (llamado microcefalia) o una tasa de crecimiento demasiado lenta puede indicar que el cerebro no se está desarrollando apropiadamente.

PREMATURO: Neonato cuya edad gestacional es inferior a las 37 semanas (259 días). La inmadurez de sus órganos y aparatos (pulmonar y cerebral específicamente) hace difícil la adaptación a la vida extrauterina.

SEPSIS: Es una enfermedad grave causada por una abrumadora infección del torrente sanguíneo por parte de bacterias productoras de toxinas. La sepsis es causada por una infección bacteriana que puede originarse en cualquier parte del cuerpo. Los sitios comunes abarcan: los riñones, el hígado o en la vesícula biliar, el intestino (generalmente se ve con peritonitis), la piel (celulitis) y los pulmones. Los síntomas son: Fiebre o hipotermia (temperatura corporal baja), hiperventilación, escalofríos, temblor, piel caliente, erupción en la piel, taquicardia, confusión o delirio, disminución del gasto urinario.

TEST DE DESARROLLO COGNITIVO CATS/CLAMS: Fue desarrollado para ser usado como método de screening por pediatras en las evaluaciones de desarrollo cognitivo a partir del primer mes hasta los treinta y seis meses de edad. Es una escala de cien ítems. En cada evaluación sólo se administra un pequeño subtest, que corresponde a la supuesta edad de desarrollo. El test consta de dos partes: CAT, que evalúa en forma directa la capacidad de resolución de problemas visomotores y CLAMS, que evalúa el desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo a través de una entrevista y cuestionario a los padres por evaluaciones directas.

Neuropediatría

AGENESIA: Desarrollo defectuoso o incompleto de cualquier tejido u órgano.

DISTROFIA: El término distrofia muscular se refiere a un grupo de enfermedades hereditarias caracterizadas por una debilidad progresiva y un deterioro de los músculos esqueléticos, o voluntarios, que controlan el movimiento.

Los síntomas varían de acuerdo con los diferentes tipos de distrofia muscular. Ciertos tipos, como la distrofia de Duchenne, son finalmente fatales, mientras que otros tienen debilidad muscular asociada, pero ocasionan poca incapacidad y están asociados con una expectativa de vida normal.

Los músculos que resultan afectados principalmente varían, aunque pueden estar alrededor de la pelvis, los hombros, la cara o en otra parte. Así mismo, la edad de inicio también puede variar, con los subtipos más severos que tienden a presentarse temprano en la niñez.

Síntomas: debilidad muscular, progresiva, caídas frecuentes, retraso en el desarrollo de habilidades musculares motoras, problemas al caminar (retraso), dificultad para utilizar un grupo de músculos, párpado caído (ptosis), babeo, retardo intelectual (sólo presente en algunos tipos de DM), hipotonía (bajo tono muscular), contracturas articulatorias (pie en palo de golf, mano en garra u otros), escoliosis (curva en la columna)

Signos y exámenes: El examen y la historia ayudan a distinguir el tipo de DM. Los grupos musculares específicos son afectados por diferentes tipos de DM. Con frecuencia, hay una pérdida de masa muscular (debilitamiento) que puede confundirse con ciertos tipos de distrofia muscular, por una acumulación de grasa y tejido conectivo que hacen que el músculo parezca más largo (seudohipertrofia). Las contracturas musculares son comunes. El acortamiento de las fibras musculares, la fibrosis del tejido conectivo y la cicatrización van lentamente destruyendo la función muscular. Algunos tipos de DM comprometen al músculo cardíaco causando cardiomiopatía o arritmias.

Una biopsia muscular puede ser el principal examen más utilizado para confirmar el diagnóstico y en algunos casos, la prueba de ADN de la sangre puede ser suficiente.

ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG): es un estudio mediante el cual se mide la actividad eléctrica en el cerebro, lo que se denomina ondas cerebrales. Un EEG mide estas ondas a través de pequeños electrodos en forma de botón que se colocan sobre el cuero cabelludo. Es un examen para detectar cualquier actividad eléctrica anormal del cerebro. La máquina de registro convierte las señales eléctricas en una serie de líneas ondeadas, las cuales se dibujan en un pedazo de papel cuadriculado en movimiento. Se debe permanecer acostado sin moverse y con los ojos cerrados, ya que el movimiento puede alterar los resultados. Es posible que al paciente se le pida hacer ciertas cosas durante el proceso de registro, como respirar profunda y rápidamente por algunos minutos o

mirar hacia una luz muy brillante y centellante. En los niños pequeños este estudio se realiza bajo sueño, utilizando estímulo sonoro y fotosensible. El EEG se utiliza para diagnosticar la presencia y tipo de trastornos convulsivos (como epilepsia, convulsiones), buscar las causas de la confusión, evaluar las lesiones en la cabeza, encefalitis, anomalías de la estructura cerebral (como tumores cerebrales, abscesos cerebrales), infecciones, enfermedades degenerativas, alteraciones metabólicas que afectan al cerebro, hemorragias (sangrado anormal causado por la ruptura de un vaso sanguíneo), infarto cerebral (tejido muerto debido a un bloqueo del suministro de sangre). También se usa para evaluar trastornos del sueño y para investigar períodos de pérdida del conocimiento. El EEG puede realizarse para confirmar la muerte cerebral en un paciente comatoso. El procedimiento es muy seguro. Si se tiene un trastorno convulsivo, es posible que las luces centelleantes o una hiperventilación provoquen una convulsión, pero el médico está entrenado para manejar la situación y cuidar del paciente si esto ocurre.

FENILCETONURIA: La fenilcetonuria es un trastorno caracterizado por la acumulación excesiva en el organismo de fenilalanina, aminoácido esencial, que forma parte de las proteínas encontradas en los alimentos. Los niveles de fenilalanina se elevan como consecuencia de la ausencia de la enzima encargada de metabolizarla, la fenilalanina hidroxilasa, determinando daño cerebral irreversible y retraso mental de no instaurarse las medidas apropiadas para prevenirlo. Afecta aproximadamente a 1 de cada 15 a 20 mil niños. Es transmitida en forma hereditaria de tipo autosómica recesiva, es decir que necesita que ambos padres posean el gen defectuoso para que el niño padezca la enfermedad. Afortunadamente, gracias a los exámenes de rutina de diagnóstico de los recién nacidos, ahora es posible diagnosticar y tratar precozmente a los bebés afectados por esta enfermedad y permitir que crezcan y se desarrollen normalmente. Para diagnosticar la enfermedad se extrae una gota de sangre del talón del bebé, (la misma muestra puede utilizarse para diagnosticar otros errores congénitos del metabolismo) realizándose un análisis llamado **FEI**. La prueba es muy precisa cuando se realiza luego del primer día de vida y antes del séptimo. El FEI es un estudio a través del cual también puede prevenirse precozmente el hipotiroidismo congénito.

HIPERVENTILACIÓN: La hiperventilación es una respiración rápida o profunda. Esta hiperrespiración, como se denomina algunas veces, realmente puede dejar a la persona con una sensación de falta de aliento. Cuando una persona respira, inhala oxígeno y exhala dióxido de carbono. La excesiva respiración lleva a que se presenten bajos niveles de dióxido de carbono en la sangre, lo cual causa muchos de los síntomas que se pueden sentir si la persona se hiperventila. Las crisis de ausencias típicas por ejemplo se desencadenan por la hiperventilación que el médico insta a que el paciente practique voluntariamente.

POTENCIALES EVOCADOS: son las técnicas que registran las respuestas cerebrales provocadas por estímulos sensitivos (visuales, auditivos o táctiles

eléctricos). Se denominan según el estímulo que produce la respuesta como Potenciales evocados visuales (PEV), Potenciales evocados auditivos (PEA) o Potenciales evocados somatosensoriales (PESS). Para registrar estas ondas hay que dar varios cientos de estímulos, y promediar la respuesta recibida, ya que su amplitud es muy baja. El estímulo visual (mirar un cuadrado o recibir un flash) va a producir una onda típica en el área cerebral occipital que recibe la información visual. Los estímulos auditivos (tonos por un auricular) producen ondas que se registran con electrodos desde lejos del troncoencéfalo (cuero cabelludo, oreja, área de la mastoides). Los potenciales somatosensoriales son las respuestas inducidas por estímulos eléctricos próximos a los nervios que se exploran, en pies y manos; las respuestas se pueden registrar tanto a nivel del cuero cabelludo como en otras áreas intermedias (hombro, cuello, columna) ayudando así a examinar toda la vía sensitiva, y las distintas porciones. Además existen potenciales cognitivos que miden la respuesta a fenómenos de atención (conocidos como P300). Cuando nos referimos a los potenciales visuales, auditivos y somatosensoriales en conjunto, les denominamos potenciales evocados multimodales. Son utilizados para valorar la integridad de las vías sensitivas, ya que si el estímulo visual, auditivo, o la sensación eléctrica dada en pies y manos no produce la onda esperable, en el tiempo y lugar adecuados, quiere decir que hay alguna interrupción de esa vía nerviosa, y por lo tanto, ese dato hará pensar en un tipo preciso de enfermedad. Los potenciales evocados son técnicas diagnósticas de apoyo para encontrar lesiones en las vías sensitivas respectivas. Ayudan a detectar lesiones y a clasificarlas sugiriendo unas causas u otras. Además son métodos de control evolutivo de procesos ya conocidos. En ocasiones son signos de progresión o mejoría de una enfermedad que no da síntomas o problemas claros al paciente. Son importantes en enfermedades como neuritis óptica, esclerosis múltiple, sorderas, traumatismos craneales, lesiones de médula espinal o tronco del encéfalo, neuropatías etc. Una alteración de los potenciales va a ayudar a su diagnóstico o a su exclusión. Como son ondas independientes de la actividad del paciente, son datos objetivos, concluyentes de lesión o de normalidad, lo que es muy importante para la correlación entre las quejas del enfermo y la lesión real. En ocasiones incluso, las alteraciones de las vías preceden a la presencia de síntomas, ayudando al diagnóstico precoz de enfermedades que pueden ser tratables y tratadas con urgencia. Aunque son técnicas seguras e inoñas hay que conocer la posibilidad de problemas con los electrodos, y las molestias de los estímulos. No requieren preparación ni son molestias. Son largas y pueden cansar al paciente. En ocasiones los estímulos eléctricos necesarios para los PESS pueden molestar, por la sensación de calambre o dolor.

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM): es una técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza el magnetismo de los núcleos atómicos de la materia (tejidos, órganos, huesos, etc.) captado por microimanes. Esta "señal" es traducida en imágenes muy precisas, las cuales revelan un sinnúmero de situaciones anómalas que un profesional experimentado puede interpretar para el diagnóstico de diversas patologías. Físicamente, se realiza en una estructura

cilíndrica, similar a un tubo, en la que se introduce al paciente. El sistema está conectado a un equipo informático y a un monitor. Las ondas electromagnéticas son las que producen la imagen: no hay presencia de radiaciones nocivas, lo cual la transforma en un método seguro, además de no invasivo. Puede verse con excelente resolución el contraste entre tejidos duros y blandos, lográndose una gran definición de estructuras anatómicas, tumorales, lesionales, etc. Su antecesora inmediata en el desarrollo de las técnicas diagnósticas es la Tomografía Computada (TC), a la cual ha superado en muchos usos ya que permite obtener imágenes transversales y longitudinales del cuerpo con más detalle, y sin tener que mover al paciente. El creciente desarrollo de la informática permite obtener imágenes con mayor resolución espacial y multiplanaridad. Esto convierte a la RNM en la técnica de diagnóstico por imágenes más sensible para analizar patologías de muy diversa índole. La RNM ha ganado terreno en la tarea diagnóstica de diversas especialidades médicas.

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC o TAC): es un procedimiento de diagnóstico por imágenes que utiliza una combinación de radiografías y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Una TC muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluidos los huesos, los músculos, el tejido adiposo y los órganos. Las tomografías computarizadas muestran más detalles que las radiografías generales. Brinda imágenes que pueden luego reconstruirse en modelos tridimensionales, en la medida que se requieran. Las gammagrafías mejoradas con medios de contraste intravenosos pueden permitir la evaluación de estructuras vasculares y evaluaciones adicionales de masas y tumores. La TC se utiliza frecuentemente en la unidad de trauma para evaluar el cerebro, el tórax y el abdomen. De la misma manera, se puede utilizar para guiar procedimientos de intervenciones como las biopsias y la colocación de tubos de drenaje.

Abreviaciones

A continuación se explicarán los significados de algunas abreviaciones utilizadas por los profesionales de Neonatología, Pediatría del Desarrollo y Neuropediatría en la redacción de las historias clínicas. Este apartado se considera un aporte relevante para comprender la información contenida en las anotaciones médicas.

AF: antecedentes familiares.

AP: antecedentes personales

APGAR: ver APGAR en el glosario de Neonatología/ Pediatría.

DAP: ductus arterioso permeable.

DBP: displasia broncopulmonar.

EEG: electroencefalograma.

ECN: enterocolitis necrotizante.

EG: edad gestacional.

FEI: ver Fenilcetonuria en el glosario de Neuropediatría.

FN: fecha de nacimiento.

HIC: hemorragia intra cerebral.

P: peso.

PA: peso del niño cuando se le da el alta.

PC: perímetro cefálico.

PCI: parálisis cerebral infantil.

PN: peso de nacimiento.

RM: rotura de membranas.

RN: recién nacido.

RNBP: recién nacido de bajo peso.

RNM: resonancia nuclear magnética.

RNPT: recién nacido pre-término.

RNPTBP (también PTBP): recién nacido pre-término de bajo peso.

RNT: recién nacido de término.

RPM: rotura prematura de membrana.

SD BQL: síndrome bronquiolítico.

SDR: síndrome dificultad respiratoria.

SDRT: síndrome dificultad respiratoria transitoria.

T: talla.

TBC: tuberculosis.

TC o TAC: tomografía computarizada.

Invitamos a los lectores de este trabajo a seguir ampliando las abreviaciones y conceptos trabajados en este anexo, a partir del recorrido que cada uno vaya realizando.

ANEXO III

Trabajos para un rastreo histórico del GTIAD

Para obtener una mayor información respecto de la historia del Grupo de Trabajo Interdisciplinario en Aprendizaje y Desarrollo, se puede recurrir a los trabajos de inserción del Equipo de Psicopedagogía del Hospital Durand. Sugerimos algunos a continuación:

- Lic. Buzzi Carla; Prof. Maljar Vanesa; Lic. Rodríguez Gimena. *Informe de Inserción en el Equipo de Psicopedagogía – G.T.I.A.D.* Trabajo de Inserción del Hospital Durand. Año 1996.
- Lic. Canal Rodríguez Felicitas; Lic. Novoa Luciana. *Interdisciplina: Alcances y Límites en el G.T.I.A.D Hoy.* Trabajo de Inserción del Hospital Durand. Año 2003.

Bibliografía:

- Albariño; Denegri; Lanfranchi; Saniez. *Mirar y Ser Mirado. Más allá de la Visión*. Escritos de la Infancia.
- Apuntes de Cátedra: Psicopatología Evolutiva. USAL, 2003.
- Atrio, Nélica. *Espacios Psicopedagógicos*. Editorial Psicoteca, Buenos Aires, 1997.
- Berezovsky de Chemes; Kipman; Mannoni y otros. *Temas de Familia y Pediatría*. Eudeba.
- Bringiotti, María Inés. *Niños maltratados: alumnos "problema"*. Ensayos y Experiencias N° 32. Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires, 2000.
- Castorina, J.A. *El aprendizaje en la perspectiva interdisciplinaria*.
- Castro, I.; Gómez, M. *Historia Clínicas, Farmacias Hospitalarias*. Barcelona, Tomo 1, Pág. 295.
- Cohen, Liliana; Pinkasz, Ruth. *Reflexiones acerca del significado social del quehacer psicopedagógico en la institución hospitalaria. Primeras jornadas de psicopedagogía, segundo encuentro interinstitucional*, "El quehacer psicopedagógico". Hospital Piñero, 1988.
- *Comité de Maltrato Infantil*. Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez. 1° edición.
- Cuadernillo del Sistema de Residencias y Concurrencias: año 2006, Dirección de Capacitación y Desarrollo, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Czeresnia, D. *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*, en Cuadernos de Salud Pública. Brasil, 2001.
- Dabas, Elina. *Redes en salud*. Buenos Aires, 2000.
- Fejerman; Fernández Álvarez. *Neurología Pediátrica*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2001.
- González Bruza, Liliana, *Pediatría- Psicopedagogía, hacia la búsqueda de acuerdos*, Revista Aprendizaje Hoy, Nro. 30, Forma Editora, Buenos Aires.
- Janin, Beatriz. *La Violencia y los Niños*. Ensayos y Experiencias N° 32. Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires, 2000.
- *Las residencias en los equipos de Salud*. Desafíos en el contexto actual. Buenos Aires, 2003.
- Morin, Edgard, *Introducción al pensamiento complejo*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1997.
- Perazzo, Silvana. *La escuela asediada. Alternativas y propuestas*. VIII Jornadas anuales de los Equipos de Orientación Escolar, 1997.
- Pereira, Marcela (coord.). *Intervenciones en Primera Infancia*. Noveduc. Buenos Aires. 2005.
- Soprano, Tallis y otros. *Dificultades en el aprendizaje escolar*. Miño y Dávila Editores.
- Tallis, J; Tallis, G; Echeverría, H; Fiondella, A. *Estimulación Temprana e Intervención Oportuna* Miño y Dávila Editores. Buenos Aires. 1999.
- Tallis, Jaime. *El rol del Neuropediatra en la Interconsulta*. Revista Pertener Ser N° 8, Cifap, 1998.

- Lic. Buzzi Carla; Prof. Maljar Vanesa; Lic. Rodríguez Gimena. *Informe de Inserción en el Equipo de Psicopedagogía – G.T.I.A.D.* Trabajo de Inserción del Hospital Durand. Año 1996.
- Lic. Canal Rodríguez Felicitas; Lic. Novoa Luciana. *Interdisciplina: Alcances y Límites en el G.T.I.A.D Hoy.* Trabajo de Inserción del Hospital Durand. Año 2003.
- Lic. Amado Nancy; Lic. Arana Rosario. *Entre la Mirada y la Imagen.* Trabajo de Inserción del Hospital Durand. Año 2001.
- Lic. Rodero Canela; Lic. Rocchi Betiana. *Nacer Demasiado Pronto.* Trabajo de Inserción del Hospital Durand. Año 2004.

Bibliografía en Internet:

- Medline Plus, Enciclopedia Médica, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>
- Vía tu salud, <http://www.viatusalud.com>
- LatinSalud.com, <http://www.latinsalud.com/articulos/00850.asp>
- Martin Memorial Health Systems, <http://www.mmhs.com>
- Pediatra de Familia. <http://www.pediatradefamilia.com.ar/f.htm>
- Promoción de la Salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- <http://www.diccionarios.com/>
- Wikipedia, [http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_clínica](http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica)
- Díaz Rojo, J. Antonio, <http://www.medtrad.org/pana.htm>.