



Prácticas interdisciplinarias en infancia: dispositivos facilitadores^{1*}

Interdisciplinary practices in childhood: facilitating systems

Laura López Papucci^{2**}

Resumen

Este artículo se propone visibilizar el modo de trabajo particular de la Sala de Internación Pediátrica del Hospital Provincial de Rosario en lo que respecta a los cuidados de la infancia por parte del equipo interdisciplinario. Dicha novedad reside en la inclusión en la atención/cuidado de dispositivos lúdico-clínicos destinados a la elaboración por parte del niño y su familia de los padecimientos por los cuales se internan y aquellos producidos por la internación.

Estos dispositivos facilitan el encuentro entre las distintas disciplinas que integran la sala para permitir la construcción conjunta del diagnóstico y el tratamiento del paciente y su familia. Esta facilitación, imprescindible para la atención integral en salud, queda muchas veces invisibilizada o naturalizada para el mismo equipo, por ello intentamos exponerla aquí para su jerarquización.

Palabras claves: infancia, proceso salud/enfermedad/atención/cuidado, interdisciplina, dispositivos

Abstract

This article aims to make visible the particular way in which the Pediatric Area of the Hospital Provincial de Rosario takes care of the child's admissions through an interdisciplinary team. The novelty is the inclusion in the childhood health/disease care system of a clinical-playful area which tries to help the child and his family to overcome the discomfort of admission reasons and the one produced by the admission itself.

This system provides the work-together among different disciplines making diagnosis and treatment of the patient and his family. This facilitation, essential for the integral attention of health, is often invisible or devalued by the team itself. We try through this analysis to give it the importance it deserves.

Keywords: childhood, health-disease-care-process, interdisciplinary, systems

¹ El presente artículo fue reescrito sobre la base del Trabajo Final Integrador de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria "Prácticas Interdisciplinarias en Infancia" (2017) del que soy autora y que fue dirigido por la Ps. Alicia Angelastro.

² Psicóloga especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (UNR). Actualmente se desempeña como psicóloga en los centros de salud provinciales N°8 Independencia y N°20 Esperanza.

Introducción

El Hospital Provincial de Rosario corresponde al Nodo 4 “Rosario” de la Provincia de Santa Fe. Se trata de un hospital de apoyo matricial a la población del corredor sur de la provincia que recibe derivaciones de todos los centros de salud (tanto provinciales como municipales) ya que dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) es un hospital polivalente de 2° y 3° nivel.

Al interior de la organización del hospital, la Sala de Internación Pediátrica, que cuenta con quince camas distribuidas en cinco habitaciones, forma parte del Departamento Materno–Infantil junto con la Maternidad, Neonatología y Terapia Intensiva Pediátrica y corresponde a los cuidados intermedios. En ella se reciben niños y niñas desde el primer mes de vida hasta los quince años de edad.

El equipo de la sala está compuesto por distintas disciplinas: enfermería, medicina, psicología, trabajo social y teatro. Algunos de los integrantes del equipo forman parte de la planta permanente, otros se encuentran en instancias de formación (concurrentes, residentes, practicantes, cursantes de la carrera de especialización) y, además, se recurre a interconsultores de determinadas especialidades. Quienes están en formación integran la Sala por un tiempo acotado y algunos de ellos suelen rotar por otros servicios durante ese tiempo. Sumado a ello, cada profesión tiene sus modos de organización particulares, que no siempre coinciden con los del resto. Ante esta multiplicidad profesional y la variabilidad de actores, cuando se recibe a un paciente en la sala, ¿cómo hacer para que la atención no sea una fragmentación de instrumentaciones separadas según el objeto de cada disciplina? ¿Cómo hacer para que se pueda dar una construcción interdisciplinaria a partir del diálogo entre las diferentes miradas de quienes integran la sala? ¿Cómo construir

conjuntamente indicadores que den lugar al diagnóstico y al abordaje de una situación de un modo más integral? ¿Cómo escucharse en las diferencias y las especificidades de cada práctica para construir conjuntamente el diagnóstico y el abordaje del paciente?

Los dispositivos lúdico–clínicos coordinados por el profesor de teatro (Espacio de Juego, Espacio de Cuentos, Espacio de Cine, Club del Tejido y Jueves Espectaculares) facilitan la construcción interdisciplinaria de los pacientes. Sin embargo este efecto muchas veces queda invisibilizado para el mismo equipo. Aquí se busca revalorizarlos como instancias no sólo destinadas a lo que de terapéutico tiene el juego para niños y adultos sino, sobre todo, como instancias que convocan a los profesionales de las distintas disciplinas a construir qué le sucede a un niño internado y su familia y de qué modo abordarlo. Para ello se analizaron diferentes documentos acerca de cómo funcionan estos dispositivos y se relevaron tres categorías de análisis en el discurso de actores clave de cada disciplina: infancia, proceso salud/enfermedad/atención/cuidado e interdisciplina.

Concepción del equipo de la sala acerca de la categoría de infancia

El equipo concibe a la infancia como el momento de constitución subjetiva del ser humano en el cual es imprescindible el cuidado de un otro adulto. En tanto sostén para el desarrollo de un niño, consideran que siempre tiene que haber un adulto responsable en todas las circunstancias de su vida y que los niños no pueden estar solos. Más específicamente, en lo que a la internación atañe, tiene que haber un adulto responsable en términos legales que autorice las prácticas que se llevan a cabo. Por esta razón el trabajo allí no es so-



lamente con el niño, sino que también incluye a quien lo acompaña y/o a su familia.

En este sentido los integrantes del equipo expresan que suelen encontrarse con dos dificultades en relación a los cuidados de los referentes adultos. La primera es que la mayoría de las veces son las madres quienes se internan con sus hijos. Esta situación acarrea la dificultad de la organización familiar de quienes quedan en el hogar. La internación requiere que la madre se encuentre en el hospital acompañando al niño enfermo cuando en general tiene más hijos que quedan en la casa y para los cuales hay que organizar el cuidado cotidiano. Otra complejidad es que no siempre los adultos están en condiciones de oficiar su función, muchas veces se les dificulta ejercer ciertos cuidados por cuestiones propias de su historia de vida. Ante estas situaciones refieren que desde el equipo se intenta apostar a otro referente familiar que pueda apuntalar o acompañar, tanto en la internación como en los cuidados de los niños que quedan en el hogar.

Por otro lado, entienden al niño como sujeto de derecho a partir de los distintos marcos legales que dieron origen a la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, a diferencia del paradigma anterior que lo consideraba como objeto a ser tutelado. Para que los derechos de un niño que enferma no sean vulnerados es necesario incluir otras dimensiones en su atención: no sólo pensar en un órgano sufriendo sino comprender también su historia de vida, su identidad, el lugar de donde viene. En ese sentido afirman que la apuesta es recuperar las historias de vida, los lazos que tiene en el territorio, los recorridos institucionales que han tenido el niño y su familia. Por ello detallan que parte del trabajo también consiste en la articulación con otras instituciones por fuera del Hospital, sobre todo los centros de salud y aquellas con

las que tengan lazos territoriales que puedan acompañar en la función de cuidado de los niños. Cuando esto no es posible se recurre a la Dirección Provincial de Niñez.

Relevamiento del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado

Consideramos al proceso salud/enfermedad/atención/cuidado como un proceso dinámico que incluye las distintas dimensiones (históricas, sociales, económicas, subjetivas, biológicas) del sujeto que enferma y su comunidad, los modos de atención/cuidado y las políticas públicas. Para analizar cómo se concibe este proceso al interior de la sala se apela a que el equipo pueda recuperarlo en tres instancias: el ingreso, el tratamiento y el egreso.

Con respecto al ingreso describen que comúnmente se requiere desde la Guardia Pediátrica. Asimismo se reciben derivaciones de la Terapia Intensiva Pediátrica, la Sala de Neonatología e incluso desde otros hospitales de la provincia. La mayoría de los profesionales coinciden en que el criterio que prima cuando se decide un ingreso a la Sala es el médico. Aunque también acuerdan que el nuevo marco legal (constituido por las leyes nacionales n° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y n° 26.657 de Salud Mental) permite considerar otros criterios. Así, la mayoría de los ingresos se debe a cuestiones orgánicas y una menor parte a situaciones de vulnerabilidad, crisis subjetivas o adicciones, que se vienen incrementando en los últimos años.

Los profesionales relatan una situación paradójica en torno a los cuidados que tiene lugar durante las internaciones. Por un lado, hay toda una serie de intervenciones médicas o de enfermería bastante invasivas para el niño, que si bien están comandadas por un

protocolo de atención médica (determinado por su diagnóstico y tratamiento), muchas veces son vivenciadas por el paciente y su familia como un sufrimiento. Los miembros de las distintas disciplinas de la Sala concuerdan en que el modo de tratamiento impuesto por la internación interrumpe tanto la vida cotidiana del niño como la de la familia. No obstante, se encuentran al interior de la Sala los dispositivos lúdico-clínicos que proponen tramitar, mediante lo metafórico, el sufrimiento que provoca la enfermedad orgánica y el producido por la misma internación. Es paradójal en el sentido de que para curar se infringe sufrimiento. Sin embargo, se despliegan los dispositivos en los cuales algo de ese sufrimiento puede ser tramitado.

Todos los profesionales coinciden en que lo más natural en el niño es el juego y que por medio de él el niño crece, se desarrolla y elabora las situaciones penosas. Relevan como un indicador de salud el juego en el niño y manifiestan que se preocupan si un niño no juega. De todos modos, los pediatras relatan lo complejo de tener que mediar con el juego las intervenciones que deben hacer. Refieren que su práctica es muy exigente, que pasan muchas horas con los pacientes, que muchas veces tienen que ser veloces con los procedimientos y que en este contexto no es sencillo prestarse al juego cada vez. Por su parte, los psicólogos, el trabajador social y el profesor de teatro (coordinador de los dispositivos lúdico-clínicos) mencionan que muchas veces estas prácticas médicas son un poco avasallantes y manifiestan la importancia de mediar con la palabra tales intervenciones. Esta situación revela que se trata de prácticas diferentes que a veces producen malestar al interior del equipo, ya que producen encuentros y desencuentros en una tensión imposible de ser resuelta y que se incluye en los modos de atención y cuidado de la Sala.

Los profesionales coinciden en que la mirada hegemónica es la médica pero que de todos modos hay una apuesta a ampliarla. En este sentido sitúan a los dispositivos lúdico-clínicos como espacios que intentan recuperar aquello que queda perdido en la internación: el juego, la identidad (cómo se llaman, dónde viven, con quienes viven), la palabra, la historia. Pero además, ubican que lo que va pasando en el dispositivo sirve de insumo para construir una situación, para poder abordarla.

Coinciden en que quienes forman parte más activamente son los psicólogos y el coordinador. El trabajador social, los médicos o las enfermeras se encuentran en el momento del pase de pacientes previo al espacio. Los pediatras refieren que les cuesta participar del espacio cuando está aconteciendo. Expresan que muchas veces tienen que hacer un esfuerzo para no sentir que dicho espacio interfiere con sus tareas. Aunque en algunos casos, relatan que varias situaciones se han podido abordar de un modo distinto por la intervención del dispositivo, esto es algo que pueden construir a posteriori.

En relación a las situaciones que ingresan a la Sala por otros criterios (como las situaciones de vulnerabilidad, crisis subjetivas o adicciones) desde psicología relatan que son muy complejas de abordar porque no hay un protocolo de acción. Manifiestan que es siempre un trabajo muy artesanal de construcción de la situación en función de los marcos legales pero cuidando no vulnerar derechos en relación a las decisiones que se toman. Por el contrario, los médicos refieren tener criterios claros de internación para cada patología. Afirman que se trata de situaciones ya protocolizadas. De todos modos, relatan que hay ocasiones en las cuales no son claros y deben discutirse.

Del mismo modo, señalan que los criterios médicos de externación también son claros. Sin embargo, relatan que hay momentos en los



cuales aparece tensión en el equipo a la hora de decidir. Expresan que esto sucede cuando los criterios no se deben a cuestiones orgánicas, sino, por ejemplo, a construir un afuera habitable para un niño en situación de vulnerabilidad o acompañar la función del adulto como sostén para un niño o continuar un trabajo de elaboración que se inició con un niño. Aparece, entonces, la pregunta por la salud en un sentido amplio, en relación a las condiciones subjetivas, históricas, sociales, económicas, culturales, comunitarias, territoriales y a las políticas públicas en materia de derechos y las instituciones que las encarnan. Refieren que las situaciones que lo ponen más de manifiesto son aquellas más complejas, en las cuales se presenta cierto arrasamiento subjetivo, muchas veces como consecuencia de vivir en condiciones de extrema vulnerabilidad.

De esta manera, indican que parte del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado en muchas ocasiones incluye poder armar una referencia en el territorio o hacer intervenir a la Dirección de Niñez. En este sentido, refieren que dar un alta es mucho más que externar al paciente porque ya ha solucionado su padecer orgánico. En muchas situaciones implica un arduo trabajo interinstitucional: volver a referenciar o incluso construir una referencia.

Los dispositivos lúdico-clínicos

Los dispositivos lúdico-clínicos tuvieron su origen en el año 1992, cuando se creó el primero de ellos, el Espacio de Juego. En los documentos relevados, quienes fueron partícipes de esta creación, relatan que fueron los médicos quienes convocaron a los psicólogos para pensar un espacio cultural en el que se priorizara el juego. Esta convocatoria surge al encontrar límites en la propia práctica médica y la necesidad de incluir en el proceso de aten-

ción/cuidado una mirada subjetivante a través del juego. Ambos, médicos y psicólogos, reconocen que el juego es constitutivo en el niño y posibilitador de otras escenas. Es decir, que el niño recrea mediante el juego escenas en las cuales deja de ser pasivo y logra elaborar activamente sus malestares, temores, fantasías. Por ello, a través de un convenio con la Escuela Provincial de Teatro y Títeres, en aquel momento se convocó a una profesora de Teatro y Títeres quien devino en coordinadora del Espacio.

Durante muchos años éste fue el único dispositivo de la Sala hasta que en 2012 en conjunto con las maestras de la Escuela Hospitalaria se creó el dispositivo Espacio de Cuentos, “espacio lúdico que la literatura contribuye a instalar y que es fundamental para el psiquismo infantil” (Sala de Internación Pediátrica del Hospital Provincial de Rosario, 2016b) ya que “trabajar con cuentos aporta a la constitución psíquica, y la recuperación del espacio literario significa un importante aporte a la constitución subjetiva” (Ledesma et al., 2014: 20). Este espacio “tiene un eje importante en la historicidad de los niños, ubicando estrategias de nominación ante el riesgo de anonimato o invisibilización de su singularidad o del grupo familiar, especialmente en situaciones de gran vulnerabilidad o condiciones de interculturalidad” (Sala de Internación Pediátrica del Hospital Provincial de Rosario, 2016a). “Es por ello, que uno de los fundamentos del Espacio de Cuento es ‘no solo contar, sino escuchar’; dar la palabra a cada niño y acompañante para que pueda narrar algo de su historia, de donde viene, por qué está internado, qué cosas le gustan” (Ledesma et al., 2014: 20).

A posteriori, en el año 2013, se creó el dispositivo Jueves Espectaculares a partir del convenio con el Área de Cultura de la Municipalidad de Rosario. Se trata de un espacio en el cual se recibe la visita de espectáculos en la

Sala. Esta modalidad formaba parte del Espacio de Juego pero al valorizarse sus efectos, se le brindó un marco específico. Este dispositivo se proyectó con una periodicidad mensual. Sin embargo, ha tenido variaciones.

Los objetivos de este espacio se vinculan a la ampliación del universo cultural para todos los presentes en la sala. Incluso invitados que pueden asistir al evento. Además de acercar otros tipos de lenguajes al interior del hospital. Una propuesta más de inscribir en la dinámica hospitalaria un paréntesis que permita rescatar aspectos de la vida cultural. (Ledesma et al., 2014: 21)

En él “se apuesta a reconocernos como parte integrante de una cultura, con la posibilidad de compartir un tiempo y un espacio donde la ficción se haga presente” (Sala de Internación Pediátrica del Hospital Provincial de Rosario, 2016b)

Un espectáculo se vincula con el ambiente lúdico allí donde ambos crean una “realidad otra”, una “ficción”, una “verdad paralela”, que permite suspender las coordenadas de la cotidianidad, para acceder a un mundo vinculado con lo imaginario y reencontrar allí, aspectos de la propia vida, de los propios deseos, miedos, etc. Es un reinventar el mundo, reformulando “lazos necesarios”, causalidades, leyes naturales, permitiendo acceder, por un instante, a la confirmación, por lo pronto ficcional, de que las cosas pueden ser de otro modo (Ledesma et al., 2014: 21).

Durante el año 2014 se organizó el dispositivo Club de Tejido a partir del encuentro con el grupo Cobijando Sueños, quienes ense-

ñan a tejer a las madres internadas con sus niños. En este espacio se propone el encuentro entre las madres a partir de estar aprendiendo a tejer. A través de este espacio se promueve la integración entre ellas ya que se facilita el acceso y la circulación de la palabra.

Finalmente, en el año 2016 se creó el Espacio de Cine. “Este espacio además de la incorporación de elementos culturales, conlleva la posibilidad de mitigar con recursos ficcionales el estar o la detención que implica la internación, así como se contempla realizar eventos compartidos hacia otros sectores del hospital” (Sala de Internación Pediátrica del Hospital Provincial de Rosario, 2016a).

Los dispositivos lúdico-clínicos “buscan reinsertar, al interior del ámbito hospitalario, un lugar de revalorización del juego, el arte, la palabra como promotores de salud, como medios de un proceso de subjetivación, como medios de expresión de conflictividades, padecimientos, temores, deseos, expectativas” (Ledesma et al., 2014: 10). Además, “permiten ‘auxiliar’ en la tramitación del dolor de los pacientes, sus acompañantes, los agentes de salud y todo aquellos que se encuentren en relación al padecimiento en el hospital” (Ledesma et al., 2014: 10).

En estos espacios se rescata el lugar del niño del anonimato que puede implicar para él la institución. Muchas veces el niño, al ser internado en el hospital queda ubicado en función de su patología, representado por un número de historia clínica o de habitación y cama. La internación conlleva cierto anonimato y una pérdida de los lazos de ese niño con su familia y el resto de su entorno social y cultural, viéndose interrumpidos sus lazos simbólicos. Desde aquí que estos dispositivos se piensan como “posibilitadores” de



una experiencia, donde esa primera red simbólica que tiene que ver con la historia, el origen y la tradición se recrean. (Ledesma et al., 2014: 10).

En los documentos elaborados por los integrantes de la sala se los denomina como “dispositivos” porque por definición un dispositivo es un artificio destinado a producir efectos. En este caso, los efectos deseados son efectos subjetivantes. “Se trata de oportunidades para dar lugar al sujeto, a la singularidad” (Ledesma et al., 2014: 11). Asimismo, se los caracteriza como “lúdico-clínicos” por concebir que el juego es un espacio de suma importancia en la constitución subjetiva del niño: “El juego es una ‘vía’, un ‘camino’ que le permite al niño transitar por los avatares de la vida, aprender, tramitar, vincularse, fantasear, probar sin consecuencias”. (Ledesma et al., 2014: 11). Se describe que la impronta lúdica atraviesa todos los dispositivos, aunque en cada uno de ellos adquiera una “materialidad” determinada. Lo “lúdico”

se presenta como un nuevo modo de expresión, que permite mediatizar y ayuda a tramitar el dolor. Abre a los “jugantes” un tiempo y espacio diferentes, un paréntesis en lo “real” de la sala y la enfermedad, que posibilita un “apartarse” momentáneo de eso, para volver allí, de un modo diferente. En este nuevo espacio lúdico pueden volver a aparecer los miedos, las fantasías, los deseos, pero estarán tamizados por el contexto que el espacio propicia. No se trata de negar la realidad, sino de incorporar lo vivenciado de un modo diferente, favoreciendo un procesamiento psíquico del sujeto (Ledesma et al., 2014: 11).

Según el equipo, estos dispositivos permiten la emergencia de diferentes aspectos que

son escuchados por quienes coordinan los espacios. Esta escucha permite “pensar cómo los participantes (...) van transitando los procesos de salud-enfermedad, las dificultades que van hallándose en el mismo, aspectos que pueden obstaculizar este proceso, como así también aspectos que pueden favorecerlo” (Ledesma et al., 2014: 12). De esta manera, el material *clínico* es susceptible de ser retomado en otros ámbitos: los espacios singulares ofrecidos desde psicología, los seguimientos con los efectores de referencia, la construcción que hace el equipo interdisciplinario del paciente.

La coordinación de estos espacios se hace conjuntamente entre los psicólogos y el profesor de teatro. De todos modos, del pase de pacientes participan el trabajador social, los médicos y/o enfermería. Cada espacio se desarrolla un día prefijado de la semana, salvo el espacio de espectáculos que tiene una periodicidad mensual. Si bien la coordinación está a cargo de dos disciplinas, las demás participan del acontecimiento de los encuentros de algún modo por encontrarse en la Sala mientras se desarrollan³.

Los miembros del equipo manifiestan que el pase de los pacientes previo a los espacios puede ser ocasión para detenerse sobre algunos pacientes en particular y hacer algún señalamiento por parte de médicos, enfermeras o trabajador social. También puede ser ocasión para que los psicólogos o el coordinador de los dispositivos pregunten acerca de cómo continúa un paciente internado con el que se está trabajando. Aparte de este trabajo previo que implica el armado de cada espacio, a posteriori de su realización pueden relevarse indicadores que aporten a la construcción diagnóstica de un paciente y a la direccionalidad de su tratamiento.

³ Desde el momento en que se hizo el relevamiento que da origen a este artículo hasta la actualidad ha habido cambios en los dispositivos (coordinación, periodicidad, etc.).

Percepción del equipo acerca del trabajo interdisciplinario

Los integrantes más recientes del equipo ubican una clara división disciplinar que para ellos se manifiesta incluso a nivel arquitectónico o de división de espacios físicos. Describen que las enfermeras tienen su sala de reunión separada de la sala de reunión de los médicos, a su vez dividida de la sala de reunión en la cuál se encuentran psicólogos, trabajador social y coordinador de los dispositivos lúdico-clínicos. Refieren que este modo de organización en la estructura de la Sala pre-configura de alguna manera los encuentros. En este sentido, los psicólogos, el trabajador social y el coordinador de los dispositivos relatan que se encuentran más entre ellos en el trabajo cotidiano que con los médicos o enfermería y lo atribuyen tanto al espacio de reunión como a la modalidad de trabajo. Asimismo, desde pediatría relatan que vivencian una relación permanente de amor-odio con enfermería. Afirman trabajar mucho conjuntamente pero con algunas diferencias. Por ejemplo, los mismos médicos manifiestan que los residentes de pediatría hacen las indicaciones a enfermería sobre determinados procedimientos con los pacientes, a pesar de que los residentes son más nuevos en la práctica y la mayoría de las enfermeras tiene bastante más antigüedad y experiencia trabajando en la Sala. Expresan que esta situación produce algunos desfasajes que generan tensiones entre ellos.

Tanto los médicos, como los psicólogos, el trabajador social y el coordinador de los dispositivos lúdico-clínicos hacen algún relato de las reuniones semanales que se llevaron a cabo ininterrumpidamente desde el año 1992 hasta el año 2012 que se decidió discontinuarlas. Los más jóvenes manifiestan que en la actualidad no hay ningún espacio formalizado de encuentro y expresan el anhelo

de que vuelvan a realizarse dichas reuniones. Para ellos son como una especie de mito, suponen que allí habría un encuentro interdisciplinario garantizado.

Sin embargo, quienes han vivenciado esta modalidad (independientemente de la disciplina que encarnen) refieren que al suspenderse se han sentido aliviados (en el sentido de que no es lo mismo hacer un pase de pacientes por obligación que buscarse para trabajar determinada dificultad). Relatan que era tedioso que todos escucharan todo. Describen enfáticamente que la Sala tiene capacidad para quince niños y que a los psicólogos, el trabajador social y el coordinador de los dispositivos, los cansaba escuchar el pase médico específico de cada niño. Ellos relatan que intervenían sólo cuando se hablaba de algún paciente con el que estaban trabajando o habían relevado en el espacio de juegos (el único que existía en ese momento) algún indicador que pudiera sumar a la construcción de la situación. Realizan la autocrítica de que probablemente ellos también fueran bastante tediosos con algunas cuestiones sociales y/o subjetivas y no poder ser sintéticos para explicar cuestiones de dicho entramado. En este sentido refieren que muchas veces se detuvieron largamente en relatos del Espacio de Juego que para los médicos aparecían como meras anécdotas.

Los médicos refieren esas reuniones como un día a la semana en el cuál salud mental se reunía con el equipo médico y se discutía sobre todos los pacientes. Relatan que: ‘eso siempre terminaba en lío, terminaba complicado’. Refieren que probablemente no fuera la forma, no particularmente por quienes iban o venían sino porque no era la forma tener veinticinco personas discutiendo un paciente. De hecho quienes asistieron a ese momento de quiebre y aun se encuentran trabajando en la Sala (independientemente de su disciplina) mencionan que luego quedó cierta tensión sobre todo en-



tre los médicos y psicología, que fue ablandándose lentamente en los últimos años.

Todos los integrantes del equipo refieren que el modo de encuentro más común entre las diferentes disciplinas, luego de la interrupción de esas grandes reuniones, es estar trabajando con un paciente en común. Hay quienes nombran a esta modalidad como “construcción de situaciones”. Describen a estos encuentros como no programados y que no suceden con todos los pacientes que ingresan a la Sala. Los médicos refieren que cuando relevan alguna situación que amerita la intervención del trabajador social o de psicología, se acercan a presentarla. Aquí aparece cierta tensión en función de romper con las lógicas de la interconsulta: no se trataría de presentar al trabajador social y/o psicólogo para que intervenga desligado del médico, sino que la apuesta sería que no se fragmente la atención, que se pueda trabajar la situación conjuntamente. En este sentido, los médicos exponen que para ellos es costoso detenerse a conversar con trabajo social o psicología. Diferencian su práctica en el sentido de la modalidad que tiene su residencia, la cual es muy exigente con los tiempos y ellos suelen estar abocados a responder a esos tiempos más ligados a la práctica médica. De algún modo, desde trabajo social y psicología perciben que el médico muchas veces tiende a desligarse del trabajo que, supone, le corresponde a las disciplinas sociales o subjetivas, como si cada uno se ocupara de una dimensión distinta del mismo niño. De todos modos, todos relatan que no es posible hablar en términos generales, ya que el modo de trabajo lleva la marca de las personas que lo realizan, más allá de la disciplina de la que formen parte.

Ante la pregunta por si hay espacios formalizados para el encuentro entre las distintas disciplinas, ninguno nombra el pase de sala anterior a los dispositivos lúdico-clínicos. Sin

embargo, ante el pedido de relato de situaciones en las cuales se pone en acto la construcción interdisciplinaria de los pacientes, todos hacen alguna referencia al pase. Éste está dirigido a presentar los pacientes que se encuentran ese día en la Sala y sus acompañantes (sus nombres, lugares de residencia, aspectos relevantes de su estar en la Sala) e informar acerca de los cuidados especiales que desde la bioseguridad es necesario sostener. En los relatos acerca de las situaciones que se trabajan conjuntamente, se hace referencia, por ejemplo, a que durante un pase de sala una de las pediatras se detuvo más de lo común en alguna situación particular. O desde los médicos refieren que el espacio previo al Espacio de Juego les permite detenerse un poco y analizar qué le pasa a cada paciente. Y en ese sentido, manifiestan que también les permite no enojarse o angustiarse tanto con las situaciones de dificultad de algunas familias.

El coordinador de los dispositivos lúdico-clínicos expresa que coincidir en los tiempos y lugares destinados a encontrarse es más difícil que hacerlo en otros lugares donde uno no pensaba que eso podía ser posible. Para él es importante poder estar atento a los tiempos que no están instituidos y aprovechar esos tiempos no instituidos para generar encuentro. Da como ejemplo el desarrollo de alguno de los espacios lúdico-clínicos en el que se encuentran jugando varios profesionales que están trabajando con un paciente y se quedan comentando acerca de cómo estuvo el paciente en dicho dispositivo.

Reflexiones finales

La inclusión de cada una de las disciplinas que integran la Sala revela que se apuesta institucionalmente a trabajar acorde a la concepción de clínica ampliada (Souza Campos,

2009). Ésta propone pasar de la ontologización de la enfermedad (productora de atenciones protocolizadas y fragmentadas que tienden a incrementar el sufrimiento del paciente y a disminuir la capacidad de cada profesional de resolver problemas) a la consideración del sujeto que enferma y su comunidad en sus dimensiones históricas, sociales, políticas, económicas. Para ello es fundamental sostener un posicionamiento interdisciplinario respecto de la práctica que implica dejarse interrogar por la experiencia junto a otros para construir conjuntamente la problemática a abordar, sosteniendo las diferencias y la especificidad de cada disciplina en ese proceso.

La experiencia misma devela que esto no sucede sin que se tensionen las prácticas durante el proceso de atención/cuidado. Poder construir juntos qué le sucede a un paciente y cómo abordarlo se transforma en un problema al interior del funcionamiento de la Sala por la singularidad de cada disciplina, tanto en sus concepciones como en sus modos de organización.

Sin embargo, en esta sala de internación nos encontramos con una novedad: los dispositivos lúdico-clínicos que se incluyen en la atención/cuidado. Son espacios formalizados en el sentido de que están pautados en un tiempo y un espacio determinados, con una frecuencia fija y un modo de funcionamiento particular según cada dispositivo. Pero a su vez, se convierten en ocasión de encuentro informal entre los integrantes del equipo, lo cual posibilita el intercambio de un modo más fluido y descontracturado. Se construye clínica desde lo lúdico. Es el carácter de lo lúdico lo que permite que los diferentes modos de abordaje propios de cada disciplina distiendan sus fronteras y se encuentren en los bordes. Ello no sucede sin tensiones, pero lo propio de lo lúdico es la posibilidad de flexibilizarlas.

Estos cruces que son facilitados por los

dispositivos muchas veces quedan velados o naturalizados para el mismo equipo, pero tienen efectos en la atención/cuidado de los pacientes. Estos efectos son los de promover una atención lo más integral posible a partir de la construcción conjunta de indicadores que den lugar al diagnóstico y tratamiento de un niño que enferma y su familia. Aquí nos proponemos hacerlos visibles con la finalidad de valorarlos y jerarquizarlos como modo de trabajo. En tiempos en los cuales prima la superespecialización y la fragmentación, encontrar espacios que convoquen a pensar juntos es todo un hallazgo. Asimismo en tiempos en que se vuelve a dar un embate sobre la salud y lo público, es menester privilegiar estos espacios como productores de salud tanto para la población como para el equipo profesional.

Referencias

- Ledesma, C., López Papucci, L., Novero, E., Romero, L., Yunis, N. (2014) *Salud en Juego*. Ponencia presentada en el XI Congreso Argentino de Antropología Social. Rosario. Inédito
- Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 26/10/05
- Ley N° 26.657 Nacional de Salud Mental, Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 03/12/10
- Sala de Internación Pediátrica del Hospital Provincial de Rosario (2016a). *Carta dirigida a la Dirección Provincial de Salud Mental*. Rosario. Inédita
- Sala de Internación Pediátrica del Hospital Provincial de Rosario (2016b). *Documento de circulación interna*. Rosario. Inédito
- Sousa Campos, G. (2009). *Gestión en Salud*. Buenos Aires: Lugar.