



**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA**  
**FACULTAD DE DESARROLLO E INVESTIGACIÓN EDUCATIVOS**

**TÍTULOS A OBTENER:**

- **Licenciatura en Psicopedagogía**
- **Profesorado en Psicopedagogía**

**TÍTULO DE LA TESINA:**

LA IMPORTANCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

**ALUMNA: García Silvana**

**D.N.I: 29.680.199**

**LEGAJO: 22038**

**AÑO: 2013**

## INDICE

<b>ABSTRAC</b>	<b>6</b>
<b>PRÓLOGO</b>	<b>8</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I: MARCO TEÓRICO</b>	
<b>Capítulo 1: El psicopedagogo en el ámbito de la salud</b>	<b>16</b>
1.1 Concepto de salud	16
1.2 Estrategias de atención primaria de la salud (A.P.S)	18
1.3 La formación de los profesionales de la salud	21
1.4 La creación de un equipo de trabajo	25
1.5 Los equipos interdisciplinarios en las organizaciones de salud	28
1.6 La interdisciplina en el quehacer psicopedagógico	30
1.7 El psicopedagogo en la prevención y promoción de la salud	33
<b>Capítulo 2: El dispositivo de intervención psicopedagógico</b>	<b>38</b>
2.1 ¿Qué es un Dispositivo?	38

2.2 La formación de un dispositivo psicopedagógico	41
2.2.1 El Diagnóstico Interdisciplinario Familiar de Aprendizaje en una sola Jornada (D.I.F.A.J)	43
2.2.2 El Servicio de Asistencia y Orientación Psicopedagógica (S.A.O.P)	44
2.2.3 Psicopedagogía Estratégico Interaccional (P.E.I)	46
2.3 La admisión y el seguimiento del paciente	48
2.4 Estrategias de abordaje psicopedagógicas	53
2.5 Articulación Salud- Educación: la demanda institucional.	58
<b>Capítulo 3: Redes sociales en salud</b>	<b>62</b>
3.1 ¿Qué son las redes?	62
3.2 Características de las redes sociales	64
3.3 La red como alternativa de abordaje en salud	67
<b>PARTE II: MARCO METODOLÓGICO</b>	
<b>Capítulo 4: Esquema del trabajo de campo</b>	<b>71</b>
4.1 Planteo del problema de investigación	71
4.1.1 Tema	71
4.1.2 Objetivos generales	71

4.1.3	Objetivos específicos	72
4.1.4	Preguntas de investigación	72
4.2	Definición del tipo de investigación	73
4.3	Selección del diseño de investigación	74
4.4	Delimitación de la investigación: unidades de análisis	74
4.4.1	Ubicación geográfica de la institución analizada	74
4.4.2	Centro de Salud investigado	75
4.4.3	Especialistas entrevistados	76
4.5	Técnicas de recolección de los datos	76
	<b>Capítulo 5: Análisis de los datos</b>	<b>78</b>
5.1	Entrevista a profesionales calificados	78
5.1.1	Psicopedagogo	78
5.1.2	Equipo profesional: Psicólogo, Pediatra, Trabajador Social	86
5.1.3	Directivos de Instituciones Educativas	91
5.2	Observación del dispositivo	95

<b>CONCLUSIONES FINALES</b>	<b>99</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>109</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>115</b>
I Modelos de las técnicas utilizadas para la recolección de los datos	116

## **ABSTRACT**

**Palabras claves:** Salud- Redes sociales- Dispositivo- Admisión- Interdisciplina- Atención Primaria de la Salud (A.P.S)

### **Resumen:**

El tema de la siguiente tesina hace referencia a la importancia de la implementación de un dispositivo de atención psicopedagógico dentro del ámbito de la salud pública.

La investigación se sitúa en la ciudad de Rosario, perteneciente a la provincia de Santa Fe, tomando como universo de análisis a los psicopedagogos y demás profesionales intervinientes en un dispositivo de atención. También se han realizado observaciones en un Centro de Salud Público y entrevistas, a directivos de diversas escuelas de gestión oficial que dependen del mismo para la derivación de sus alumnos.

Los objetivos que se persiguen son: conocer cómo se enmarca el psicopedagogo dentro del contexto de salud; observar el funcionamiento de un dispositivo de atención psicopedagógico dentro del ámbito de la salud pública en la provincia de Santa Fe e identificar, la perspectiva de redes sociales como principal estrategia de sostén en una institución asistencial.

El marco teórico cuenta con 3 capítulos. En el primero se define lo que se entiende por salud; las estrategias de atención primaria, cómo se forman los profesionales que allí se desenvuelven, tanto a nivel personal como en

equipos interdisciplinarios de trabajo y la labor psicopedagógica, en cuanto a la prevención y promoción de aprendizajes saludables.

El segundo capítulo ofrece un recorrido por los diferentes dispositivos de atención psicopedagógica instaurados en diversas instituciones de salud, destacando los procesos de admisión, tratamiento, derivación y seguimiento del paciente dentro de las organizaciones.

En el tercer capítulo se describe la perspectiva de redes y las características que la definen como soporte sólido para dar respuestas a las relaciones que se establecen tanto a nivel interpersonal, en otras palabras, entre actores institucionales; como intersectorial, es decir del sistema sanitario con otras instituciones que brindan servicios a la comunidad, entre ellas la escuela.

El marco metodológico está constituido por el análisis de las entrevistas realizadas a psicopedagogos y demás profesionales involucrados en el dispositivo de intervención, entre ellos; psicólogos, pediatra y trabajador social; entrevistas a directivos de las diversas escuelas de gestión oficial que dependen del dispositivo; así como también el análisis de los instrumentos de observación que se aplicaron dentro de la institución de salud.

## PRÓLOGO

Antes de comenzar es preciso mencionar que un estudio en profundidad de los aspectos socio-políticos que impiden la inserción del psicopedagogo como profesional de la salud en las diversas Instituciones públicas, en la ciudad de Rosario, excede ampliamente los alcances de la presente tesina. Es decir, aquí el propósito no es responder de manera concluyente a dichos interrogantes, sino contextualizar y relacionar hechos significativos que permitan reflexionar y comprender, de manera preliminar, la importancia de implementar un dispositivo psicopedagógico en salud, en cuanto alternativa ágil para la solución de las problemáticas en los aprendizajes.

Según la Ley 9970: "Normas para el ejercicio de la profesión", la cual fue sancionada el 30 Octubre 1986 y promulgada el 26 de Noviembre 1986; en su Artículo 6°, establece que: El ejercicio de la psicopedagogía se desarrollará en los siguientes ámbitos de actuación profesional:

a) Se entenderá por ámbito de la psicopedagogía clínica, la esfera de acción que se encuentra en los hospitales generales, hospitales de niños, hospitales de rehabilitación de discapacitados de cualquier tipo: hospitales psiquiátricos, hospitales neuropsiquiátricos, centros de salud mental, comunidades terapéuticas, hogares de menores, clínicas, sanatorios, consultorios privados, y en todo otro ámbito público o privado con finalidades análogas como así también en las instituciones educativas de todos los niveles (preescolar, primario, secundario, terciario y universitario), en escuelas diferenciales, guarderías infantiles, centros de orientación vocacional,

consultorios psicopedagógicos, gabinetes y demás instituciones privadas y oficinas de igual finalidad.

b) Se entenderá por ámbito de la psicopedagogía institucional, la esfera de acción que se relaciona con todas las instituciones, grupos y miembros de la comunidad, que, en cuanto fuerzas sociales afecten el aprendizaje del individuo.

c) Se entenderá por ámbito de la psicopedagogía preventiva la esfera de acción que investiga, estudia y propone condiciones propicias para un aprendizaje apropiado individual y grupal en todas las situaciones del aprendizaje. ([www.colegiopsrosario.com.ar](http://www.colegiopsrosario.com.ar))

A través de esta ley se establece que ya el ámbito de acción no se circunscribe solo a la educación.

Según palabras de Liliana Bin, actualmente cuentan con servicios de Psicopedagogía la casi totalidad de los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aunque diversas ciudades de Gran Buenos Aires y provincias del país aún no cuentan con cargos de psicopedagogos en el área de la salud pública.

La inserción se va afianzando cada vez más dentro de los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios, que atienden a personas con diversas problemáticas. También se está desarrollando su inserción en el área laboral, jurídica, de investigación, recreación y prevención. (2011:31).

## **AGRADECIMIENTOS**

- A mi familia por su confianza, apoyo y generosidad: Margarita, Jorge, Pablo, Elisa, Gabriel, María Noël y Charly.
- A mis dos pequeños compañeros de juegos y aventuras, Joaquín y Juan Ignacio.
- A mi amiga y colega Cintia D`Angelo, por los aprendizajes y anhelos compartidos.
- A Mónica Pesce por sus consejos e incentivos constantes.
- Y a todos aquellos que de alguna manera promueven el crecimiento de esta maravillosa profesión.

*(...) situar un acontecimiento en su contexto, incita a ver como*

*éste modifica al contexto o como le da una luz diferente.*

*Un pensamiento de este tipo se vuelve inseparable del*

*pensamiento de lo complejo, pues no basta con inscribir*

*todas las cosas y hechos en un “marco” u horizonte. Se*

*trata de buscar siempre las relaciones e inter-retro-acciones*

*entre todo fenómeno y su contexto, las relaciones recíprocas*

*entre el todo y las partes: cómo una modificación local*

*repercute sobre el todo y cómo una modificación del todo*

*repercute sobre las partes. (Morin, 1999:27)*

## INTRODUCCIÓN

A partir de la experiencia vivida como residente en el Hospital Reynaldo Barrionuevo a lo largo del año 2012 y considerando, el fuerte incremento de la demanda asistencial hacia el sector público, proveniente del actual escenario de crisis social, surge el interés de conocer la importancia de la implementación de un dispositivo de intervención psicopedagógico, dentro del ámbito de la salud pública. Comprender, cómo dicho mecanismo responde a las nuevas condiciones y demandas sociales, respetando los diversos escenarios culturales en el cual el Centro está inserto, evidenciando problemáticas que requieren de nuevos conocimientos, competencias y formas de organización.

El quehacer psicopedagógico desde esta concepción, no solo abarca la asistencia de los problemas de aprendizaje, sino que comprende su prevención y promoción, para que se desarrollen de manera saludable, mediante la construcción de un ámbito de trabajo común con otros profesionales, con acuerdos teóricos y prácticos, que suponen una modificación en los perfiles específicos de cada una de las especialidades intervinientes.

Ser conscientes de la necesidad de un abordaje interdisciplinario mediante relaciones sólidas, considerando el encuentro de diversas profesiones y contextos, entre ellos la salud y la educación, permite a los profesionales abordar situaciones complejas que escapan a la disciplina; e intervenir de forma eficaz en diferentes grupos etarios permitiendo una mejor salud mental del sujeto, su entorno directo y de la sociedad en conjunto.

En base a esta línea, los objetivos generales que plantea esta tesina son:

1. Conocer cómo se enmarca el psicopedagogo en los servicios de salud pública.
2. Observar el funcionamiento de un dispositivo de atención psicopedagógico dentro del ámbito de la salud pública en la provincia de Santa Fe.
3. Identificar la perspectiva de redes sociales como principal estrategia de sostén en una institución asistencial.

De ellos se dependen los siguientes objetivos específicos:

- 1.1 Comprender el tipo de formación profesional que el psicopedagogo requiere para trabajar en salud.
- 1.2 Precisar las relaciones interdisciplinarias en un equipo de salud.
- 1.3 Establecer la intervención específica del psicopedagogo en los niveles de Prevención y Promoción de la Salud.
- 2.1 Reconocer el procedimiento de admisión en un dispositivo de atención psicopedagógico.
- 2.2 Identificar las estrategias psicopedagógicas de abordaje utilizadas en los pacientes admitidos.
- 2.3 Comprender como se establece la articulación Salud-Educación
- 3.1 Destacar la importancia de trabajar en salud desde la perspectiva de redes.

Esta investigación aborda una problemática actual y poco investigada a nivel nacional.

Se reconocen los siguientes antecedentes de investigación:

*Antecedentes Internacionales de Investigación.*

- “S.A.P”: Servicio de asistencia psicopedagógica. Es una investigación dirigida por la investigadora Dra. Cristina Romero López-Alberca en la Universidad de Cádiz, España, sobre el dispositivo de atención que allí se desarrolla. El mismo es llevado a cabo por el equipo de psicología y psicopedagogía y está orientado a atender las necesidades personales y académicas del alumno, asesorándoles en cuestiones que puedan mejorar la calidad de su estancia y el aprendizaje.
- “U.A.P”: Unidad de Asesoramiento Psicopedagógico. Investigación llevada a cabo en la Universidad Autónoma de Barcelona, España, por la Lic. Laia Gasa y el Dr. Albert Sánchez sobre la sistematización de la asistencia psicopedagógica del dispositivo.

*Antecedentes Nacionales de Investigación.*

- “La Institución Hospitalaria”. Investigación realizada por la psicopedagoga Susana R. Passano en relación a la formación, funcionamiento y dinámica de un servicio de Psicopedagogía en

un Hospital Municipal de Merlo: “Eva Perón”, provincia de Buenos Aires.

- “El Dispositivo De Atención Grupal En Psicopedagogía: Proyecto Rondas”. Es una investigación realizada en la Universidad de Lomas de Zamora, Buenos Aires, en base al Servicio de Asistencia y Orientación Psicopedagógica (S.A.O.P), dirigido por la Lic. Jéssica Grana.

Con este trabajo se intenta brindar información útil y despertar interés en aquellos profesionales y alumnos de la carrera que bregan por la inserción del psicopedagogo en el área de la salud pública, como también en aquellos interesados en conocer la modalidad de trabajo de un Centro de salud público en relación la implementación de un dispositivo de intervención psicopedagógico para solventar las problemáticas que emergen de su contexto.

La presente tesina es un trabajo preliminar sobre nuevas formas de organización y comunicación entre actores y diversos sectores, en pos de brindar un mejor servicio a la comunidad promoviendo el desarrollo de aprendizajes saludables.

## PARTE I: MARCO TEÓRICO

### Capítulo I: El psicopedagogo en el ámbito de salud

*“Así es que el pensamiento complejo 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”. (Morín, E.1997:23)*

#### 1.1 La salud pública

La salud es considerada en todas las culturas como un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de los individuos como de la sociedad misma.

Sin embargo, no existe el mismo tipo de consenso a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, no es un concepto unívoco sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico. (Sonis, A. 2006:21).

En este sentido el concepto de salud postulado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en 1948 la estableció como: “un estadio de completo bienestar físico mental y social y no solo ausencia de afecciones y enfermedades”.

En 1985 se consideró dicho concepto estrechamente ligado a la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder en forma positiva al reto del ambiente.

Con base en la misma línea, la Organización Panamericana de la Salud de 1992 declaró que “la salud, tanto individual como colectiva, es el resultado de complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos-sociales que se dan en la sociedad, o sea es el producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vive”.

Con independencia de la época en que se generaron, en la actualidad estas concepciones conviven contradictoriamente, orientando toda la gama de prácticas sociales, sanitarias y de los equipos de salud.

Según Sonis, A., la inseparable relación entre la persona y su entorno constituyó la base para una concepción socio-ecológica de la salud. Bajo esta perspectiva se subraya la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes. En este contexto se destaca, asimismo el carácter subjetivo y la relatividad del concepto de salud, así como el hecho de que las experiencias personales sobre la enfermedad y la salud están muy influenciadas por el contexto cultural en el cual tiene lugar. (2006:22)

En esta dirección Rodríguez Carlos expresa: “la salud y la enfermedad son el resultado de una interacción constante entre el organismo y el medio ambiente en el que el hombre crece y se desarrolla. Sin embargo, esta

concepción aceptada casi generalizadamente encuentra el límite en muchos de los que la sostienen, al concebir el medio ambiente sólo en términos ecologistas clásicos, es decir, sin tener en cuenta el medio ambiente social y el momento histórico en que la salud se analiza (...)" (1990:25-26)

Las prácticas de atención de la salud que se desarrollan en las instituciones asistenciales públicas se asientan, de modo consciente o inconsciente en determinados supuestos sobre qué es la salud y suponen opciones acerca de los modos de intervenir en su recuperación.

De acuerdo a esta postura Sabroza expone: "a la salud pública se la define genéricamente como un campo de conocimiento y de prácticas organizadas institucionalmente y orientadas a la promoción de la salud de las comunidades." (Sabroza citado en Czeresnia, 1994)

En consideración a lo expuesto, puede decirse que lo que se promueven desde dichos espacios, son acciones basadas en un modelo de promoción de la salud que aporte una visión dinámica, donde la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final. Esto implica trabajar cotidianamente en un proceso que permita a las personas tener mayor autonomía sobre su propia vida y al mismo tiempo mejorarla.

### *1.2 Estrategia de Atención Primaria de la Salud (A.P.S).*

Para poder dar respuesta y abordar los problemas de salud, dentro de los cuales las dificultades de aprendizaje forman parte, ya que inhiben de algún modo el acceso digno a la educación; es necesaria la implementación

de una estrategia que vaya más allá del modelo médico tradicional y habilite otras formas de abordaje.

La declaración de Alma Ata señala que la atención primaria de la salud es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Muntaabski, G. 2011)

La estrategia de Atención primaria de la Salud es una estrategia de transformación del modelo asistencial, donde la comunidad y sus integrantes dejan de ser objetos de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, asumiendo la responsabilidad ante ellas (Kroeger A, 1992:17)

Vista de dicha manera es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud- enfermedad de las personas y del conjunto social, a través

de la integración de la asistencia, la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación, permitiendo la articulación del paciente en el sistema. Dicha acción está basada en la utilización apropiada de los recursos disponibles dando prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios y, por ende, favoreciendo la accesibilidad geográfica ya administrativa, evitando largas colas, esperas o trámites complejos.

En ellas los centros de salud como las instituciones estatales del sector más cercanas a la comunidad, tienen la responsabilidad de asegurar el desarrollo de prácticas amplias y contextualizadas de atención (Ferrandini D., 2003).

Desde la Dirección General de Atención Primaria de la Salud se plantea que, el primer nivel es el eslabón inicial de una cadena de atención, e implicaría una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de información pertinente que posibilitaría la circulación del paciente en el sistema. De esta forma, los hospitales generales y los especializados podrán abocarse a su función específica: la atención de pacientes que requieran prestaciones de un mayor nivel de complejidad.

La articulación con otras áreas de gestión-como educación, medio ambiente, promoción social, deportes, cultura, urbanismo, etc.-también está contemplada dentro de esta estrategia y se convierte en un pilar indispensable para el desarrollo de la misma, ya que facilita optimización de la gestión de los recursos existentes, evitando prestaciones innecesarias, lo que permite

enfatar las acciones tendientes a atender la situación de la población con mayores necesidades. (Muntaabski, G. 2011)

Si extrapolamos la modalidad de atención primaria de la salud a la ciudad de Rosario, en el cual el dispositivo psicopedagógico se desenvuelve, puede observarse que la estrategia llevada a cabo en la salud municipal está conformada por tres niveles de atención:

El primer nivel se constituye en el espacio de mayor resolutiveidad y está conformado por los centros de Salud Municipal, como lo es el caso del Josefa Rosello y Houssey, que es donde se lleva cabo dicha investigación; y algunas vecinales, distribuidas estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente.

El segundo nivel hace referencia a hospitales, servicios de internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un instituto de rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR).

El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad, el Hospital de niños "Victor J. Vilela" y el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA). (<http://www.rosario.gov.ar>)

#### *1.4 La formación del profesional de la salud.*

Los profesionales que se desenvuelven cotidianamente en las instituciones asistenciales, y brindan un servicio de salud, son conscientes de los cambios que van aconteciendo. Las estrategias que resultaban útiles y que

los habilitaban para responder a las demandas del entorno, hoy en día son insuficientes. La realidad actual plantea desafíos constantes y demanda aprendizajes continuos, promoviendo nuevas modalidades de organización, capaces de responder a las necesidades y los cambios que se van presentando.

Dicha situación se debe, según lo señala Gabriel Litovsky, a los continuos avances científicos que determinan constantemente cambios en las prácticas profesionales; al aumento de la cantidad de pacientes con el mismo plantel profesional y a la sociedad y los pacientes que reclaman calidad en la atención, etc. Por lo tanto se torna indispensable repensar los modelos de trabajo a los efectos de responder a las necesidades que la realidad del entorno exige. (Litovsky en Dabas 2011:283)

En el campo de la salud, surge el enfoque de *Educación permanente*, en contraposición a un modelo tradicional de *Educación continua* para el desarrollo de los recursos humanos, es decir de quienes trabajan en salud. Haddad, Q.J. define a la educación Permanente en salud como “(...) un proceso permanente que promueve el desarrollo integral de los trabajadores de salud, utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente normal del quehacer en salud y el estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiadas para producir tal aprendizaje” (Haddad Q.J. 1997 citado en Dabas 2011:292)

La educación permanente en salud, representa un importante giro en la concepción y en las prácticas de capacitación de los profesionales de los servicios. Según Davini Maria Cristina, supone invertir la lógica del proceso:

- Incorporando el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren;
- modificando sustancialmente las estrategias educativas, al partir de la práctica como fuente de conocimiento y de problemas, problematizando el propio quehacer;
- colocando a los sujetos como actores reflexivos de la práctica y constructores de conocimientos y de alternativas de acción, en lugar de receptores;
- abordando el equipo como estructura de interacción, más allá de las fragmentaciones disciplinarias (1995:21).

En este orden de ideas, Mario Róvere considera que en los tiempos actuales los trabajadores de la salud deben ser al mismo tiempo:

- Flexibles: mantener e incrementar su capacidad de aprendizaje como principal atributo.
- Críticos y autocrítico: insatisfechos permanentemente con la calidad, cobertura, accesibilidad y eficacia de los servicios que se brindan.
- Democráticos: con responsabilidad social por los conocimientos “puestos en su custodia”.

- Cooperativos: capaces de trabajar en equipos interdisciplinarios de liderazgos flexibles y rotativos en función de los problemas enfrentados.
- Participativos: con vocación de protagonismo y liderazgo para propiciar cambios y al mismo tiempo facilitar procesos macro o microsociales de participación (1993:23).

La creación de nuevas condiciones y demandas sociales modifican el perfil y las modalidades de intervención del ejercicio profesional impactando en la tarea interdisciplinaria y evidenciando problemas que requieren de nuevos conocimientos, competencias y formas de organización. Competencias profesionales entendidas como: “combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos” (Irigoien Vargas 2002 citado en Dubkin 2006:7)

Siguiendo este lineamiento, nada de todo lo mencionado, es ajeno al proceso de profesionalización de los psicopedagogos en el ámbito de la salud pública. Es decir que, aprender a manejarse en entornos complejos y en situaciones imprevistas, es altamente relevante en la actualidad y forma parte de la capacitación profesional.

Tal como lo plantea Davini María Cristina cuando habla de educación permanente en salud: “acercar la educación a la vida cotidiana se asienta en el reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo, en otros términos, que en el trabajo también se aprende. Ello supone tomar a las situaciones diarias como “palanca” del aprendizaje, analizando reflexivamente

los problemas de la práctica y valorizando el propio proceso de trabajo en el contexto en que ocurre". (1997:17).

Basado en lo expuesto puede decirse que, la relación que se establece entre los aportes teóricos y la resolución de situaciones cotidianas de las prácticas de una institución asistencial, adquiere para los psicopedagogos que trabajan en salud, un sentido singular: la práctica de trabajo se une a la capacitación técnica profesional y a la reflexión crítica.

#### *1.4 La creación de un equipo de trabajo en salud.*

Desde los Centros de Salud asistenciales, se promueve la idea de que el mejor modo de trabajar es *conformar equipos*. Esto es, definir los objetivos y la tarea del Centro de Salud como metas a alcanzar entre todos, con el esfuerzo de todos, promoviendo fluidos y periódicos canales de comunicación cara a cara.

En este sentido se espera que los profesionales que allí se desenvuelven, sean verdaderos promotores de la tarea compartida y la constitución de equipos.

Siguiendo a Motta, P. R, (...) la idea misma del equipo antecede a la de sus miembros: son designados después que se examinan sus competencias y habilidades. Del equipo se espera el desempeño de funciones imposibles para individuos aislados y una eficiencia superior a la ejecución individualizada.

La práctica de un equipo es un redescubrimiento cotidiano de las posibilidades del trabajo; reelabora sucesivamente las tareas y las interrelaciones personales (...)

Es preferible construir relaciones más sólidas, a través de reflexiones periódicas y programadas, en donde se comparan expectativas, esperanzas y objetivos, obstáculos, intereses, posibilidades de éxito y de fracaso. La interacción suministra informaciones y perspectivas imposibles de ser obtenidas individualmente, destacando las reinterpretaciones sobre hechos, que los esquemas profesionales de los miembros dejan pasar inadvertidos o juzgan con otra relevancia. Para fortalecer el espíritu de equipo, la reflexión, el debate, el enfrentamiento de experiencias y de expectativas, debe siempre recurrir a propuestas de cooperación y de ayuda mutua (...)

La estructuración por equipo se fundamenta en el reconcomiendo de potencialidades individuales y colectivas; y en la adhesión del grupo, por la posibilidad real del uso de las habilidades individuales. Se consideran las habilidades, los talentos y los intereses individuales en la misma distribución del trabajo (...) la conquista de la visión de objetivos comunes y el reconocimiento de las habilidades mutuas, ayudan en la solución de problemas y de conflictos en el propio grupo. (Motta, P.R 2001citado en Sznadjer, A. 2006:49).

Uno de los pilares de la construcción de los equipos en las organizaciones de salud, es la construcción de una misión u objetico a partir de las diversas miradas de los integrantes del mismo. En el caso de los Centros

de Salud, el objetivo establecido por el Plan Federal de Salud es: “lograr el más alto nivel de salud posible para la población definiendo acciones y destinando recursos (...)” (2006:57)

Según Motta, P.R, “(...) la misión se refiere al propósito final que justifica el equipo. La misión informa la manera mediante la cual el equipo se establece frente a sus usuarios; define la actividad actual (o aquella para la cual el equipo fue designado) y cómo se desempeña (...) (Motta, P.R 2001citado en Sznadjer, A. 2006:49).

Sobre esta línea, la misión es dar un sentido de dirección y acción nítida a la tarea, son objetivos a alcanzar que el equipo se plantea, e incluye los modos, los escenarios y los valores que ellos involucran. A partir de ella, el equipo podrá definir estrategias de acción. Se espera que todos los integrantes del equipo u organización la interioricen y que aquellos que reciben el servicio la reconozcan.

Considerando los diferentes elementos que estos autores postulan, puede decirse que lo que caracteriza y define a los equipos, es la presencia de: un conjunto de personas, con conocimientos y habilidades complementarias, el establecimiento de objetivos, el desarrollo de estrategias para alcanzarlos en función de las condiciones particulares que afectan a cada comunidad, la presencia de una tarea en la que la estrategia se desarrolla, que no es lineal y debe atravesar diferentes obstáculos y el desarrollo concomitante de sentimientos y valores que vinculan el conjunto de personas que conforman el equipo.

### *1.5 Los equipos de salud como equipos interdisciplinarios.*

En la actualidad se da por supuesta la importancia de la conformación pluridisciplinar de los equipos de profesionales que trabajan en los Centros de Salud en el primer nivel de atención. Esto es, asegurar la presencia de diversas profesiones para atender la comunidad que conforma un área programática. De este modo, se supone sumar diversas miradas, diversos objetos de estudio, diversas modalidades de análisis de los problemas, diversos modelos de intervención y práctica y garantizar mejor el acceso a la salud por parte de la población.

Desde el punto de vista del conocimiento y la intervención, representa un esfuerzo de los profesionales por tratar de dejar atrás la mirada sobre la unidad u objeto de análisis disciplinar, para adoptar un encuadre teórico que permita tratar la realidad tal como ésta se presenta, circunscribiendo problemas, que no se generaron con la lógica de ninguna teoría disciplinar. (Sznajder, A. 2006: 71)

En este sentido cuando un equipo de profesionales, desde diferentes disciplinas, se plantea una tarea compartida, es necesario producir una modificación en el enfoque teórico. Surge entonces el concepto de interdisciplina como un intento de superar los límites estrechos que cada disciplina impone al análisis de los problemas al abordar la realidad desde un objeto de estudio recortado, campos teóricos prefijados y con metodologías fuertemente influidas por la ciencia positivista.

Citando a García, R.: "...Se habla de interdisciplina con mucha ligereza, se habla de interdisciplina allí donde no se ve el inter para nada. La integración debe realizarse no sólo a nivel de las disciplinas sino de los miembros del equipo, porque el saber no basta para poder hacer." Según el autor: "la interdisciplina tienen que ver con aperturas conceptuales y perceptuales relacionadas con vínculos y emociones más que con voluntades. Se juega no sólo identidades profesionales sino también personales" (García R, 1990 citado en Sznajder, A. 2006:80).

Dice J. Samaja en su Epistemología de la Salud: (...) es evidente que la salud no es patrimonio exclusivo de ninguna jurisdicción disciplinaria, sea que actúen aisladas o confederadas según el modelo de la interdisciplina. Es preciso encontrar un plano más profundo de reflexión que nos brinde las claves metodológicas suficientes para integrar todos los estratos en los que se ponen en juego valores de la salud humana: molecular; celular; tisular; anátomo-clínico; organísmica individual; grupal; institucional; societal; global.

(...) lo que hay de común en todos los niveles de la realidad, es, precisamente, esa progresión por la cual las interrelaciones causales de un cierto nivel deben ser interpretadas a la luz de las totalidades emergentes (...). (Samaja, J. 2004 en Sznajder, A. 2006:73)

Según Elichiry, N. la interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios disciplinarios implican a demás interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas

áreas, con intercambio de instrumentos métodos, técnicas, etc. Al incluir el vocablo *inter* lo ubicamos como nexo del cual se espera una cierta totalidad.

(...) El principio de la articulación disciplinaria se basa en las correspondencias estructurales, en las intersecciones y en los vínculos interdisciplinarios (...).

(...) en este nivel de articulación interdisciplinaria, cada disciplina es importante en su función, en su individualidad. “el sistema funciona si cada disciplina desempeña su función individualmente pero *no* independientemente” (...). (Elichiry, N. 1987 citado en Sznajder, A. 2006:74)

En esta dirección se comparte la opinión de Sznajder quién sostiene que la interdisciplina no es una mera relación entre disciplinas sino interrelaciones que generan síntesis, es una actitud ante el trabajo científico, representando una forma de organización científico, donde el conocimiento se mueve en la dialéctica entre disciplinariedad e interdisciplinariedad, la primera como punto diferenciador y la segunda como totalidad. (2006:72).

### *1.6 La interdisciplina en el quehacer psicopedagógico.*

Tanto la complejidad de los contextos actuales como las de los propios sujetos que producen problemáticas multicausales, requiere de miradas que no se agoten en una única disciplina, donde el trabajo interdisciplinario sume estrategias de intervención más comprensivas y respetuosas de los mismos.

La práctica psicopedagógica no puede ser entendida independientemente de la relación de otras disciplinas, ya que muchos de los

casos en que un niño llega a consultar un dispositivo de atención en una institución de salud, lo hace derivado por otros profesionales, en mayor grado.

El continuo compromiso con situaciones donde la salud de las personas está implicada, 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 equipos de trabajo que respondan de la mejor manera posible.

Frecuentemente se observa como los conocimientos fragmentados de diversas disciplinas que se ocupan de niños, resultan insuficientes ante problemáticas complejas que involucran diferentes agentes como el familiar, escolares, laboral, social. La articulación pluridisciplinar sitúa los conocimientos en su contexto y admite en todo momento la complejidad en la diversidad, la incertidumbre, la novedad, la singularidad de los fenómenos y los problemas, el intercambio interdisciplinario.

Tomando las ideas de Silvana Perazzo, se considera que: “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” (Perazzo, S. 1997 citado en Chiesa, M. 2006:15).

Siguiendo esta reflexión cabe decir 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.

Haydeé 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. (Tallis, J 1999 citado en Chiesa, M. 2006:16).

A partir de estos enunciados es preciso preguntarse ¿Cómo lograr un trabajo interdisciplinario? Para encontrar puntos de contacto en el intercambio entre 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. Dicho autor establece 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. (Fejerman, N. 2001 citado en Chiesa, M. 2006:16).

Frente a la complejidad del ser humano, el trabajo interdisciplinario puede pensarse fructífero requiriendo solo pocas cosas. Estas serían, según el Tallis, J., 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 hacia los otros colegas de otras disciplinas, no puede haber ninguna que se sienta hegemónica para aprender a través de 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. (Tallis, J. 1998 citado en Chiesa, M. 2006:17).

Siguiendo con el análisis de las condiciones necesarias para los intercambios entre las disciplinas, Castorina, J. A. considera que las condiciones mínimas serían: la existencia de disciplinas con un grado de consolidación teórico y metodología (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. (Castorina, J. A., citada en Chiesa, M. 2006:17).

### *1.7 El psicopedagogo en la prevención y promoción de la salud.*

A partir de la creación de la carrera de Psicopedagogía, en mayo de 1956, se desarrolla y se afianza un nuevo campo de investigación y práctica

referido fundamentalmente al proceso de aprendizaje, tanto a nivel preventivo como terapéutico, y su accionar se consolida en los escenarios de Educación y Salud.

La incorporación de los primeros psicopedagogos al Sistema de Salud, data de la década del 60. Ingresaron al actual Instituto de Rehabilitación psicofísica y al Hospital de Niños DR. Ricardo Gutiérrez, atendiendo a niños y adolescente con problemas de aprendizaje.

Si bien estos profesionales integraron Servicios de Psicología y Psicopatología de Hospitales especializados, paulatinamente fueron conformando equipos en Hospitales Generales de Agudos, en servicios de Pediatría, Neurología, etc. Y a partir de los años 80, en áreas Programáticas y sus centros de Salud y Acción comunitaria.

Así a lo largo de los años, se fue produciendo una ampliación del campo profesional psicopedagógico: ya no solo se aborda el aprendizaje sistemático sino también el asistemático. De dirigir las acciones únicamente al niño en edad escolar, se destinaron a los sujetos en situación de aprendizaje en las diferentes franjas etarias; a las familias, grupos, instituciones y comunidades.

El quehacer psicopedagógico además de abarcar la asistencia de los problemas de aprendizaje comienza también a comprender su prevención y la promoción de aprendizajes saludables.

La aprobación de las incumbencias profesionales para los títulos universitarios de Psicopedagogo, Licenciado en Psicopedagogía y Profesor en Psicopedagogía, por Resolución Ministerial N° 2473 del Ministerio de

Educación y Justicia, con validez nacional en noviembre de 1984, ha acompañado y avalado este proceso. (Dubkin, S. 2006)

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

Czeresnia, D. establece que las acciones preventivas son definidas como: “acciones directas para evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y prevalencia en las poblaciones”.

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” (2001).

Según la organización Mundial de la Salud, 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 participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud ([www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)).

Karina Abraldes establece que ambos conceptos son relevantes en los Centros de Salud, y son parte esencial en el nivel primario, el cual se refiere a la atención de un grupo amplio de individuos, cuyas condiciones de salud se ven amenazadas por el algún factor de riesgo.

El equipo de salud, inserto en la comunidad, es fundamental para llevar a cabo acciones de prevención y promoción de la salud, favoreciendo la inclusión social y pudiendo impulsar y establecer mecanismos institucionales de participación comunitaria, ya que las condiciones medioambientales adversas impactan en el desarrollo de los niños. (Abraldes, k. en Aldonça, M. 2010:83).

A modo de ejemplo puede relatarse cómo dicha autora junto a otras profesionales (Pediatra, Psicóloga Social y Psicopedagoga), crearon un dispositivo grupal interdisciplinario, en un Centro de Salud, N°16., Dr. Salvador Maza, partido de San Martín, Gran Buenos Aires, destinado a concientizar y a acompañar a las mamás, adolescentes en su mayoría, a establecer un vínculo con su bebé, en la manera en como es mirado, sostenido y nombrado, a pensar en sus sensaciones y experiencias, ya que en la sala de espera dichas mamás reaccionaban con la misma conducta hacia sus niños cuando los mismos lloraban (ponerle el pecho), mientras aguardaban su turno para ser atendidos por pediatría.

Desde esta concepción, establece Abraldes, k. la intención se centra en encarar un programa con abordaje interdisciplinario, con el fin de promover la

salud materno-infantil, propiciar la atención en la primera infancia, realizando las orientaciones e intervenciones necesarias. (2010:84-85)

Esta experiencia, así como tantas otras, que se presentan en los Centros de Salud, apuntan a la “intervención preventiva”, ya sea favoreciendo el vínculo, como lo refleja dicho ejemplo; también creando un clima de confianza, reflexión y aprendizaje; ampliando la información que tienen los acuden al centro asistencial acerca de sus problemáticas; facilitando entre los integrantes los procesos de comunicación, intercambio; estimulando la participación y la transmisión de sus experiencias a otros. Siempre y cuando responda a las características de la población y al momento histórico atravesado por la Institución.

## Capítulo II: Dispositivo de intervención Psicopedagógico.

*“Cuando alguna cosa se convierte en costumbre, siempre está a mucha distancia de la verdad y de los hechos”. (W. Faulkner en L. Cerdá 2010:23)*

### 2.1 ¿Qué es un Dispositivo?

Según la Real Academia Española el vocablo “dispositivo” proviene del latín *dispositus*, es decir “que dispone”; y hace referencia a: “un mecanismo o artificio dispuesto para producir una acción prevista”; “organización para acometer una acción”; “disposición, expedición y aptitud”. (2001)

Desde una concepción científica Foucault define dicho concepto expresando: “(...) por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, tiene por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante (...). He dicho que el dispositivo tendría una naturaleza esencialmente estratégica; esto supone que allí se efectúa una cierta manipulación de relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección, ya sea para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas. Así, el dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a un límite o a los límites del saber, que le dan nacimiento pero, ante todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sosteniendo tipos de saber y sostenidas por ellos. (Foucault citado en Giorgio Agamben, 2011:250).

Ante estas conceptualizaciones no preguntamos: ¿Por qué hablar de dispositivo en un centro de salud público? En respuesta a dicha interrogante, Colovini, M. establece que: el término habla de flexibilidad, es decir, que ésta potencia no es algo rígido sino que puede variar. (Colovini, M. 1995 citado en Vidal, M. 20110:4).

Con base en la misma línea Gastón, W. cita a Barenblit quien propone los siguiente: “dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo radical”. “Serían artificios que se introducen con el objetivo de instaurar algún proceso nuevo” (Gastón, W. 2001 citado en Vidal, M. 2010:4).

Está claro que el término, tanto en el uso común como aquel que propone Foucault, provisto de un carácter histórico, parece remitir a un conjunto de prácticas y mecanismos flexibles que tienen por objetivo enfrentar una urgencia para obtener un efecto más o menos inmediato.

Siguiendo a Marta Souto en su visión de dispositivo como objeto técnico pedagógico, la autora puntualiza que:

- ✓ El dispositivo es un revelador: tiene que permitir que en su interior se fomenten, revelen, desplieguen significados diversos (...)
- ✓ El dispositivo es un analizador: tiene la potencialidad de poner en análisis aquello que en su interior se revela, si se dan dos condiciones. Una la de ofrecer un espacio y un ambiente con calidad continente que permita el desarrollo y crecimiento de

todos los sujetos y otra, la de asegurar la tarea de análisis por parte de todos y cada uno de los que participan.

- ✓ El dispositivo es un organizador técnico: organiza a la vez que descompone. Organiza condiciones para su puesta en práctica y realización. Espacios, tiempos recursos materiales y humanos, ambientes propicios para su instalación. Pero también organiza acciones desde una lógica de complejidad no lineal. El dispositivo trabaja sobre la estrategia y por tanto la combinatoria de alternativas de acción. Dice el texto: *“se trataría de alternativas que serán propuestas, más que dispuestas”*.
- ✓ El dispositivo es un provocador: tienen una fuerte tendencia a salirse de estructuras instituidas para poder generar transformaciones y cosas nuevas. Aquí hay una idea de dispositivo alejado de lo mecánico y de lo instaurado, para centrarlo en el movimiento, o en lo que se produce, en las articulaciones, las génesis, el cambio. (1999:97)

Desde este encuadre, trabajar en un dispositivo implica un pensamiento de estrategia y una intencionalidad que podría responder a las situaciones cambiantes sobre las que opera y a su compleja red de relaciones.

Considerando el marco de esta investigación, en el que el término “dispositivo” tiene lugar, puede decirse que responde a un conjunto constituido por personas y por las relaciones que las unen. Este conjunto constituyen también una red y por lo mismo un sistema, el cual está compuesto de recursos

materiales, estructurales y humanos que constituyen el escenario de una determinada acción.

El dispositivo tomado en sí mismo, dentro de un centro de Salud, es la red que se tiende entre los elementos que forman parte de un conjunto heterogéneo para dar respuestas flexibles y precoces a las demandas del contexto.

## *2.2 La formación de un dispositivo psicopedagógico.*

El dispositivo de atención psicopedagógico, además de incluir acciones organizadas en búsqueda de una solución pertinente a las problemáticas del aprender, también puede pensarse como un *espacio* de aprendizaje dentro de la institución de salud. En este sentido, al decir de Nélida 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 de tiempo. “*considerándolo así el espacio psicopedagógico es un territorio y una historia, un mapa y un reloj*” (1997:8).

En esta línea, el dispositivo psicopedagógico, puede entenderse como un espacio de abordaje integral creado para responder multiplicidad de situaciones que se presentan de manera fragmentada y desordenada, con intervenciones superpuestas, que afectan la posibilidad de orientar la demanda e intervenir con la mejor respuesta.

Es la construcción de un espacio interdisciplinario que posibilita abordar integralmente las problemáticas en el aprendizaje en confluencia de diferentes miradas y puede diseñar propuestas viables para la atención de las mismas, mediante la construcción de proyectos terapéuticos singulares.

Dentro del ámbito de la salud pública, es un soporte articulado en la red, que garantiza la continuidad de las acciones cuando se necesiten. El dispositivo en definitiva, habilita un espacio de escucha e intervención, diseñando estrategias terapéuticas posibles para cada situación.

Cerdá, L., director del Servicio de Asistencia y Orientación Psicopedagógica (S.A.O.P) de la Universidad de Lomas de Zamora, asienta que: “un dispositivo como modelo asistencial Institucional, no es un réplica menor de lo que se haría en un ámbito privado, pues aquí son diferentes las demandas, los objetivos con que se encara la tarea, las condiciones materiales con se trabaja y la legitimidad con la que se cuenta”

Cuando se lleva a cabo un desempeño en una institución pública, se hace necesario adoptar criterios que surjan de su condición de espacio no privado: un lugar donde lo que se privilegia son los objetivos comunitarios, en este caso lo que en un sentido amplio podríamos denominar *salud mental*, y por lo tanto el ejercicio de una ética solidaria. (Cerdá, L. 2009:15).

*2.2.1 El Diagnóstico Interdisciplinario Familiar de Aprendizaje en una sola Jornada (D.I.F.A.J): modelo de un primer encuentro terapéutico.*

Desde el Hospital de Morón, se lleva a cabo el modelo de un primer encuentro terapéutico llamado: “Diagnóstico Interdisciplinario Familiar de Aprendizaje en una sola Jornada” (D.I.F.A.J), en el Departamento Materno Infantil, servicio de pediatría.

Dicho dispositivo comenzó a operar en respuesta a las elevadísimas deserciones provocadas por los extensos procesos diagnósticos y las largas listas de espera, es decir alarmantes extensiones que respondían muchas veces a ausencia de los pacientes y otras, de los profesionales a las entrevistas, lo que hacía muy difícil las nuevas citaciones.

Se decidió entonces formar un centro de aprendizaje en una institución hospitalaria que permitiera la confluencia de la formación de postgrado, la interdisciplina, la prevención y la asistencia.

Es un modelo diagnóstico que permite analizar las dificultades de aprendizaje incluyendo al grupo familiar y a la institución educativa, como partícipes activos a través de diferentes entrevistas, análisis de los motivos de consulta de cada integrante y diagnóstico, en una sola jornada.

El DIFAJ también pretende aprovechar y potenciar la presencia en un mismo espacio de diferentes profesionales que intervienen en la salud, creando el terreno para la construcción de equipos interdisciplinarios.

El fin, de este modelo, es establecer un abordaje preventivo-terapéutico articulado y una vinculación interprofesional que permita coordinar ciertos

criterios. El propósito tiende a combinar la prestación interdisciplinaria y aprendizaje mutuo en un tiempo acotado. Este dispositivo funciona en coordinación con el Hospital de Posadas y el Hospital de Niños Garrahan, de la ciudad de Buenos Aires. (Fernández, A. 2010:13-19)

*2.2.2 El Servicio de Asistencia y Orientación Psicopedagógica (S.A.O.P):  
Dispositivo Clínico Institucional.*

El .S.A.O.P es una institución asistencial de la Facultad de Ciencias Sociales que desde su génesis se propuso desplegar dos objetos claramente diferenciados:

1. Formación teórica y clínica para los egresados noveles de la carrera de Psicopedagogía de la Universidad de Lomas de Zamora, es decir, actividades docentes, de investigación y de supervisión.
2. Asistencia a la comunidad circundante a través de la creación de un espacio gratuito, que se ofrece como un sitio de asistencia y orientación de problemas institucionales e individuales relacionados con el aprendizaje en sentido amplio, es decir, más allá de lo específicamente curricular y de lo didáctico propiamente dicho, aunque desde ya tal problemática se encuentra incluida.

El S.A.O.P es un modelo de atención que supone la elaboración de un dispositivo que pueda dar cuenta tanto de los recursos humanos con que se cuenta, como de los objetivos y naturaleza de la Institución misma. En este sentido el S.A.O.P es una institución de carácter público y gratuito.

Se propuso diseñar una teoría y una práctica de la prevención y atención psicopedagógica basada, en primera instancia, en delimitar y esclarecer la problemática de la consulta para posteriormente, establecer la posible pertenencia de un tratamiento, es decir, desarrollar entonces una tarea propiamente asistencial.

Al Servicio acuden una población con normas déficits socioeconómicos y culturales. Se trata en un gran porcentaje de población de alto riesgo, caracterizado por pertenecer a sectores muy castigados y rezagados desde el punto de vista socioeconómico. De tal modo el S.A.O.P se enfrenta a una gama amplia de problemáticas que escapan a las que clásicamente se conocen en dicho ámbito como “problemas de aprendizaje”, entre ellas familias irregulares, violencia intra y extra-familiar, carencias emocionales graves, desórdenes sociales. También se fueron acercando a solicitar atención niños con dificultades patológicas atípicas y pacientes con disturbios psíquicos, rotulados con el diagnóstico de TGD (trastorno generalizado del desarrollo). La mayor derivación proviene de servicios de neurología de hospitales cercanos.

Como en toda institución de este tipo, en la que por razones de organización se dispone un tiempo acotado del tiempo de atención, se hace necesario repensar de manera específica al dirección de la cura, teniendo en cuenta que es altamente probable que el paciente deba continuar su atención en otra institución, una vez finalizado su período de tránsito en el S.A.O.P. de allí la importancia de lo que se denomina *creación de sentido* en relación con la situación de consulta, que no deba adoptarse un modelo clínico tal, que lleve al

paciente y a su grupo familiar a una frustración cuando le sea realizado el alta institucional. (Cerdá, L. 2009:9-20).

### *2.2.3 Psicopedagogía Estratégico Interaccional (P.E.I): abordaje eficaz en la resolución de problemas escolares.*

La modalidad de abordaje denominada Psicopedagogía Estratégico Interaccional, según opiniones de las autoras, Amitrano, C. y Rother G., entre otros, garantiza un funcionamiento más eficiente en lo que se refiere a la atención de los problemas escolares y quizás permita extraer la perspectiva general desde la que suelen ser abordados este tipo de problemas. Dicho modelo está basado en el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, aporte sobre el papel de los líderes en la formación de la cultura de los grupos, el modelo de terapia interaccional de Palo Alto y la teoría de la equilibración de Piaget.

El equipo perteneciente al dispositivo *P.E.I* cuenta con psicopedagogas y psicólogas. Dicho equipo funciona dentro de la División Área Programática del Hospital Ramos Mejía perteneciente a la MCBA. Esta área tiene por objeto preservar la salud de la comunidad apuntando a la autogestión y nucleando todos los programas destinando a este fin, como *Salud Escolar*. Para cumplimentarlo fue necesario un previo acuerdo entre la Secretaría de Salud (hospitales) y Educación (escuelas). A raíz de este convenio el área de Salud debe cubrir las necesidades físicas, psíquicas, psicopedagógicas y fonoaudiológicas, que surgiesen en el área Educación del municipio.

El equipo de P.E.I del hospital de Ramos Mejía tiene a su cargo la atención psicopedagógica y psicológica de 50 escuelas que incluyen una población preescolar y escolar de 40.000 alumnos. (1995:10)

Este modelo de abordaje tiene como finalidad co-construir con el consultante un motivo de consulta cuya resolución sea factible de evaluarse en un mediano plazo acordado, ya que gran parte del éxito o fracaso de un tratamiento se anuncia en el encuadre inicial y el motivo de consulta pactado. El equipo considera que existen al menos cuatro protagonistas significativos a los cuales es preciso tener en cuenta para solucionar las problemáticas del aprender. Dichos protagonistas inciden con sus expectativas y posición con respecto a la dificultad inicial en la posibilidad de encontrar soluciones concretas, aplicables y perdurables. Los cuatro subsistemas con los que trabajan son: el niño; padres tutores; escuela y terapeutas.

El equipo terapéutico tiene la responsabilidad de anticipar cuál de los distintos abordajes posibles frente a una consulta puede traer mayor beneficio a los consultantes en el menor tiempo posible. El equipo debe ser capaz de encarar con suficiente movilidad cada consulta, de manera que el esquema de trabajo que funciona organizador de la tarea, no obre obstaculizando la posibilidad de brindar ayuda. (Amitrano, C. 1995:87-88).

### 2.3 La admisión y el seguimiento del paciente.

En un principio cabe destacar que el proceso de admisión de un paciente a un dispositivo de atención rebasa el mero trámite administrativo para ser pensado con sus alcances clínicos y terapéuticos.

Es aquí en un primer momento donde surgen algunas interrogantes como: ¿a quiénes se admite en el dispositivo?, ¿a partir de qué criterio?, ¿de dónde proviene la demanda? ¿Cómo se orienta la misma?

Antes de responder a dichos planteamientos, es preciso declarar que la Secretaría de Salud Pública (SSP) propuso lineamientos en los cuales se presentaron ciertas características que debían tener los dispositivos de ingreso o admisión de situaciones a los centros de salud municipales. En esa construcción se evidenció una intención de ampliar/facilitar el acceso de las personas al sistema de salud. Se contempló la posibilidad que los equipos construyeran los dispositivos con cierta flexibilidad dentro de un marco de características. En cada lugar de trabajo se fueron diseñando dispositivos en función a la demanda de la población de su área de influencia, según las características del equipo y los recursos materiales y edilicios con los que contaban cada centro de salud. (Vidal, M. 2010:2).

Según Coronel Marta el proceso de admisión en tanto dispositivo clínico institucional es *“un modo de entrada”* donde cada paciente será escuchado en su singularidad. (2009:34).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, la Lic. Marina Carreiro, en la primera jornada del equipo de Niños del Hospital Álvarez de la ciudad de

Bs As, define la admisión como: *“proceso en el cual se recibe, se aloja y se orienta u ordena la demanda”*. Dicho proceso no siempre concluye en la derivación a tratamiento del paciente. Es decir que la admisión involucra una decisión, que implica evaluar si la persona que consulta está en el lugar y tiempo precisos para comenzar un tratamiento. Dicha evaluación y decisión tienen valor de intervención, que a veces propicia que alguien que no estaba en el lugar y momento conveniente para comenzar un tratamiento, empiece a estarlo. En este punto la admisión puede implicar una intervención y una propuesta (no es que está de un lado el paciente con su pedido, y del otro lado nosotros evaluando). Para lo cual es preciso tener en cuenta variables que tienen que ver con lo institucional (posibilidades de atención, dispositivos con los que se cuenta), y variables que tienen que ver más con lo subjetivo (coordinadas del motivo de consulta, delimitación de la demanda, pertinencia de un tratamiento para el niño, para alguno de los padres, etc.). (2012)

Según lo expuesto anteriormente puede decirse que, la admisión consiste muchas veces en una entrevista o varias de ellas y que no en toda admisión se decide ver al niño en cuestión, quedando admitidos muchas veces a partir de la escucha del discurso de los padres, tutores o encargados, docentes, médicos referentes del niño, o de la combinación de los discursos de los padres y de otras instituciones como lo es la escuela o defensoría. El número de sesiones, la continuidad y el seguimiento del paciente en un tratamiento así como también, la correspondiente derivación, dependen muchas veces de cuestiones Institucionales y de los objetivos del dispositivo

psicopedagógico implementando, los cuales buscan responder a las demandas del contexto en el que se hayan insertos.

Desde este punto, es preciso describir, a modo general, el funcionamiento de admisión de algunos dispositivos psicopedagógicos, los cuales servirán de ejemplo para obtener una mejor comprensión sobre la modalidad de abordaje de las problemáticas de aprendizaje infantiles, considerando la demanda.

El equipo de Psicopedagogía Estratégico Interaccional (P.E.I), del Hospital Ramos Mejías, presenta una modalidad de abordaje que puede dar cuenta de los parámetros recién mencionados.

El procedimiento inicial en dicho equipo, es la inclusión del niño y sus padres o responsables a un grupo denominado “*admisión*”, realizando una serie de 5 entrevistas multifamiliares. La primera se realiza en conjunto con niños, padres y el equipo de psicopedagogía, no incluyendo más de 8 familias. Las siguientes cuatro se realizan grupalmente niños por un lado y padres por el otro. En la quinta se trabaja con los niños y padres separadamente durante la primera mitad y en la segunda mitad conjuntamente. El objetivo de estos grupos es simultáneamente el permitir una evaluación de los factores que pueden influir en la dificultad, junto con la posibilidad de ayudar a los niños, padres y docentes a cambiar la perspectiva que tienen de la situación, ya que la misma no ha servido para generar soluciones. Paralelamente a esto se genera una entrevista con el docente derivador en la escuela y otra con los

directivos de la misma si esto fuera necesario para conocer su visión del problema.

Los caminos a seguir una vez concluidas las entrevistas es: si el paciente ha mejorado en aquella dificultad por la que llegó es dado de *alta* corroborado con visitas a la escuela, si se ve mejorías en el niños, pero esta conducta no es generalidad a otros ámbitos, el niño continúa con un tratamiento grupal y se realiza un *seguimiento* quincenal. Si el niño necesita un trabajo específico en un área de su aprendizaje o conducta, se inicia un *grupo de tratamiento* con otros niños de similar nivel. Paralelamente se inicia un grupo con padres de otros niños en igual situación. (Amitrano, C., Rother, G. 1995:11-15)

Por otro lado, desde el Servicio de Salud Mental Infanto Juvenil del Hospital Álvarez (equipo de niños), se realiza el ingreso del paciente, a través de una admisión general y posteriormente una entrevista de admisión que realiza la Coordinadora del Equipo. Las consultas pueden ser espontáneas o a través de la derivación de otros servicios, de otras instituciones de salud o de la Escuela. A partir del proceso de admisión se evaluará si los recursos con los que cuenta son los adecuados en cada caso y si se podrá admitir al niño en el Servicio designándole un profesional, psicólogo o psicopedagogo que llevará adelante el tratamiento o bien, se realizará una derivación externa a otra institución cuando el caso así lo requiera. (Kuthnick, M. y otros 2011).

Desde el Servicio de Asistencia y Orientación Psicopedagógica (S.A.O.P), perteneciente a la Universidad de Lomas de Zamora, han

desarrollado un tipo de admisión particular. En primer lugar la admisión es definida por el equipo como: “una entrevista que un miembro del equipo con suficiente entrenamiento y experiencia, realiza a los padres o adultos responsables del posible paciente del SAOP” (Cerdá, L. 2009:17)

En dicha entrevista, se trata de realizar una lectura lo más amplia posible acerca de la historia vital del niño, con el propósito de elaborar un primer perfil de los avatares más destacados del futuro paciente, a fin de realizar las primeras consideraciones generales.

El S.A.O.P, por otro lado tiene como cláusula fundamental la *no* admisión de pacientes severos, ya que según lo establece Cerdá, L. solamente una concepción mesiánica y omnipotente puede pretender que una asistencia psicopedagógica e institucional puede dar cuenta de la conflictiva de lo que genéricamente llamamos pacientes graves.

En relación a este tipo de pacientes, la tarea de una Institución como el S.A.O.P no puede ser otra cosa que contribuir a construir una red comunitaria en la zona hasta donde esto sea posible en función de las derivaciones que se juzguen apropiadas. Al mismo tiempo, cuando el paciente pueda realizar un tratamiento paralelo, el psicopedagogo y su supervisor deberán crear un vínculo estrecho con el colega que lleva a cabo la tarea.

En suma, la entrevista de admisión busca obtener una primera mirada que brinda un panorama construido, a partir de lo que la familia puede manifestar acerca de la historia del niño. (Cerdá, L. 2009:20).

#### 2.4 Estrategias de abordaje psicopedagógicas.

Según Cerdá, L., cuando se hace referencia al término *estrategia*: “se alude a un praxis caracterizada por su flexibilidad clínica, que lleva la marca de la teorización psicoanalítica como una de las ciencias ineludibles para comprender los fenómenos de significación pero que no pueden ser la única perspectiva con que intentar la lectura de una práctica.” (2009:16)

Considerando este concepto puede decirse que en el ámbito de la psicopedagogía se está muy lejos de haber llegado a un consenso acerca de qué hablamos cuando nos referimos a la clínica y que existe multiplicidad de concepciones teóricas clínicas, más o menos rigurosas.

Según dicho autor la institución de salud debe contribuir, desde una labor honesta, a la configuración de un marco conceptual que permita encaminarse hacia la elaboración de estrategias válidas en la consecución de una comprensión, lo más abarcadora e integral, de los procesos que constituyen los aprendizajes. Las diferentes formaciones disciplinares deben constituir una riqueza y no una dificultad. La utilización de un determinado andamiaje teórico, no puede consistir en el único recurso de quien lo ejerce debido a la ausencia de otras lecturas, sino en un abordaje válido, aunque no se constituya en *omniexplicativo*. (2009:16)

Se comparte la opinión de Cerdá, L. quién sostiene que no debe olvidarse que la intervención es psicopedagógica, lo que significa que centralmente se interesa por los aprendizajes y sus múltiples manifestaciones

y lo hace desde una lectura amplia de circunstancia, determinaciones y contextos.

Para otorgarle al tratamiento psicopedagógico cierta cronicidad, se ordenarán y caracterizarán, a modo general, las etapas o espacios del mismo, ya que cada dispositivo va hacer uso de las diferentes estrategias de abordaje según los requerimientos del equipo, objetivos del modelo implementado, origen de las demandas, recursos disponibles y contexto en el cual se desenvuelven.

En primer lugar se establece la *entrevista de admisión* como ya se ha hecho referencia anteriormente, y que varía en cada dispositivo considerando los subsistemas que se tengan en cuenta (paciente, grupo familiar, tutores docentes y directivos).

Esta entrevista de admisión se constituye en el primer encuentro entre los padres del futuro paciente y el psicopedagogo u otros profesionales, con el objetivo principal de indagar acerca del *motivo de consulta* y su *historia vital*. En esta suerte de investigación inicial, los datos que se va recabando, comportarán como básicos principalmente en el proceso diagnóstico y tratamiento. (Cerdá, L. 2009:33)

Cabe destacar nuevamente que la entrevista de admisión, debe constituirse en un primer espacio de receptividad, de escucha cuidadosa, atenta, abierta y principalmente integradora, ya que en la misma "(...) intentaremos desarrollar una lectura que pueda totalizar las dimensiones

biológicas, psicológicas, los aspectos cognitivos y el contexto social” (Osorio, S. 2009)

Junto a ello, se analizan los *informes* escolares y de otros colegas que pueden hacer llegar sus impresiones. Así se genera una situación propicia para encontrarse por primera vez con el paciente. La coincidencia o disonancia del material obtenido en admisión, sumada a la experiencia clínica que comienza a desarrollarse entre paciente y terapeuta, es de gran riqueza (Cerdá, L. 2009: 10).

El terapeuta comienza a elaborar sus *hipótesis clínicas* haciendo uso de la teoría que avala dicho modelo de asistencia. Cabe destacar aquí que en muchos de los casos se hace uso de la “*caja de herramientas*”, es decir, esto ocurre cuando el equipo de profesionales perteneciente al dispositivo, decide asumir la idea de trabajar con diversos enfoques teóricos y no con un sistema de saber cerrado que construye un tipo de mirada rígida y hegemónica. (Fernández, A. 1999 citada en Cerdá, L. 2009:10).

El *diagnóstico*, según opinión de dicho autor es:” una descripción clínica y dinámica del conjunto de capacidades que el niño posee junto a aquellas disfunciones que lo hacen padecer”. En la tarea psicopedagógica es imprescindible realizar una cuidadosa *anamnesis* que revele antecedentes respecto a diferentes aspectos de su desarrollo, así como también información de otros posibles profesionales que hayan actuado antes de dicha intervención.

Es necesario puntualizar que el diagnóstico, según lo enuncia Cerdá, L. no interesa como acto de enunciación o calificación nosológica sino más bien como un conjunto de hipótesis clínicas que operan como guía de trabajo.

Respecto a las *pruebas diagnósticas*, no son un fin en sí mismas, ni tampoco deben aplicarse de un modo mecánico. Ellas no son otra cosa que instrumentos, a veces verdaderamente precarios, de lo que nos servimos para realizar posibles confluencias de indicios y corroborar o ayudar a desestimar hipótesis que siempre deberán ser validadas desde una *visión clínica*, entendiendo aquí esta expresión como aquella mirada global acerca de un semejante que sufre y necesita, en primer lugar un incremento de comprensión acerca de sus prácticas de sí y de su desarrollo neuropsicológico y social. (Cerdá, L. 2009:10-11).

Cabe destacar el papel fundamental de lo que se llama *contrato*, como instancia vital de toda tarea terapéutica. Según Cerdá, L. dicho concepto hace alusión a: “un acuerdo explícito que funciona como marco y garantía de lo que sucederá en y durante el tratamiento”. Deberá ser explicitado al comienzo de la labor clínica y trabajado cuantas veces sea necesario.

A través del contrato se establecen las condiciones que sostienen el tratamiento y que, de común acuerdo, ambos, terapeuta y paciente, deciden respetar. Por medio del mismo se establece una regularidad y un conjunto de reglas y acuerdos que permiten generar una confianza respetuosa y un marco-sostén para poder soportar tensiones, dolores y resistencias propias de todo

tratamiento que trabaja sobre problemáticas que implican muchas veces estabilidades vitales que deben ser cuestionadas (2009:42).

En la mayoría de los dispositivos relatados, la demanda de atención es amplia y se caracteriza por una gran cantidad de niños en espera. La idea de calidad de *tratamiento* es afectada por el problema de superpoblación. Es por ello que el tratamiento supone no solo la asistencia individual sino también grupal con el fin de atender a dicha problemática.

Lo grupal exige instrumentar una nueva mirada, “es un trabajo en el cual distintos niños con experiencias particulares, pero con una problemática común que es la dificultad para aprender, pueden sortear obstáculos, interactuando, y pueden realizar una tarea común, que es agilizar la elaboración de sus propias perturbaciones” (Cerdá, L. 2009:74)

Otro parámetro es el trabajo con los *padres* que suele ser relevante en la mayoría de los modelos de abordaje psicopedagógicos en instituciones de salud.

Cerdá, L. como director del servicio de asistencia psicopedagogía de Lomas de Zamora, establece que suele ser común encontrarse con padres que llevan a sus hijos a la consulta, extrañados, desorientados frente a la dificultad de su hijo, portadores de un “no saber” acerca del niño; alienados a discursos ajenos, palabras de “los que saben”: “dice la maestra”, “dice el médico”, o tratando de encontrar explicaciones que siempre dejan afuera al niño y a ellos mismos: “la maestra que no tiene paciencia”, “ese método nuevo”, “los compañeros son terribles”, “nació la hermanita”, “los problemas económicos”, y

tantas otras argumentaciones que “describen” una situación desde un lugar de un mero observador.(Cerdá, L. 2009:84)

Muchos de los dispositivos, ante estos cuestionamientos incluyen la participación de los padres, procurando realizar el pasaje de esta instancia descriptiva en la que se presenta los papás, a un nuevo posicionamiento que los incluya: una mirada alternativa que resalte su propia implicancia en la problemática del niño.

Respecto a la *devolución*, la forma de implementarla será decidida por el equipo, de acuerdo a la situación observada. Muchas veces es conveniente incluir una devolución al paciente designado; una a los padres y una al grupo familiar, si fuese el caso que se consideren todos los subsistemas, como ocurre en el D.I.F.A.J. Allí es casi una norma no obviar la devolución individual al paciente. (Fernández, A. 2010:259).

### *2.5 Articulación Salud-Educación: la demanda institucional.*

La psicopedagogía indudablemente está ligada al ámbito educativo y esto convoca dos ámbitos, salud-educación, los cuales están relacionados inextricablemente. Toda práctica en dichos campos, es una práctica socio-sanitaria, se trata de un trabajo intelectual mediatizado por los decires singulares de los diversos protagonistas, los episodios cotidianos, los hechos y los acontecimientos que objetivan y materializan una realidad inaprensible de otro modo.

María Angélica Fontán establece que pensar la articulación entre los sistemas de educación y salud lleva a pensar acciones de articulación variadas, pudiendo ser entre instituciones de uno y otro sistema y serán acciones interinstitucionales que nos demandan operar cuando algo de nuestro quehacer psicopedagógico por ende nosotros mismos estamos comprometidos, por lo tanto implicados.

Se pueden pensar acciones entre profesionales de disciplinas que operan en uno y otro sistema y entonces serán acciones interdisciplinarias.

Y también es posible situar acciones entre sectores de uno y otro sistema y serán acciones intersectoriales. (Fontán, A. en Aldonça, M. 2010: 33).

Tal como lo afirma María Teresa Gesto, la escuela, se convierte en un lugar privilegiado en tanto constituye un soporte para el psiquismo infantil y le posibilita el desprendimiento de lo intra-familiar. Como institución simbólica, posibilita la formalización del ingreso del niño a la cultura. Es frecuente que las instituciones escolares del medio, mediante notas, soliciten que se realicen intervenciones ante situaciones que se les presentan ya sea con alumnos, docentes, padres y que no pueden resolver, a veces se trata de pedidos de “ayuda” externa desde la gestión, en otros casos los docentes vehiculizan su solicitud a través de las autoridades escolares. (Gesto, A. 2010 en Aldonça 2010:54-55)

Barilá, I. del registro, análisis y las intervenciones realizadas a partir de dispositivos grupales en diferentes escuelas, desde la psicopedagogía, se

pregunta: “¿qué demandan?, ¿En qué lugar nos colocan?”. Desde las expresiones discursivas muestran su situación y la significan desde el malestar, desde el pedido de auxilio, desde la impotencia, desde el voluntarismo, desde la justificación.

La vivencia de malestar no alude sólo a los recursos materiales que siempre faltan sino que se extiende más allá: a la carencia de contención, de reconocimiento, de afecto y, por lo tanto, resulta imposible satisfacer desde un propuesta de intervención mediante un dispositivo tales ausencias. (Barilá 2010 en Aldonça, M. 2010:44-45)

En un trabajo de articulación entre Salud y Educación llevado adelante en el servicio de Salud Mental de un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires, se establece el Dispositivo de Consultorios externos de Psicopedagogía del Hospital Materno Infantil de Merlo, que contaba con una importante lista de espera de niños que guardaban un turno de atención. La dificultad para dar cabida a la atención de esos niños derivados a Salud Mental se traducía en malestar, detenimiento, acumulación de la demanda. La insistencia de esta dificultad, hizo necesario realizar una lectura de situación, para poder así desplegar los interrogantes que permiten algún curso de acción.

Los interrogantes planteados nuevamente son: ¿Qué se demandan ante cada turno solicitado al Servicio?, ¿De qué manera hacer lugar a la función de intervenir, de orientar y de poner a trabajar una pregunta ante la demanda de atención de niños con trastornos en su escolaridad, con trastornos de conducta

o dificultad en la socialización, que se dirigen con insistencias a los Centros u Hospitales?

En este Hospital en particular y según datos analizados por el Dispositivo: el 65% de las consultas recibidas corresponden a niños que se encuentran en Nivel inicial y el 80% de las consultas se realizan a partir de la derivación que realizó la Escuela.

Las intervenciones para estos puntos fueron:

1. La primera en relación con ajustar el dispositivo de admisión al Servicio.
2. La segunda estuvo dirigida a implementar un dispositivo de trabajo que permita articular el espacio de Salud mental del Hospital con el espacio de Escuela que se constituía como fuente de derivación.

Dichas intervenciones se llevaron a cabo promoviendo la creación de un espacio de intercambio y de orientación para los directivos; ofreciendo un espacio de formación en el que se pueda considerar la función de la escuela en la constitución subjetiva del niño; y brindando la supervisión de aquellos casos que requieren una intervención particular y también una derivación a otros servicios.

A partir de dichas intervenciones, y según palabras de Gesto, M., la articulación Salud -Educación ha permitido abordar la gran demanda de atención al servicio, implementando un dispositivo no tradicional y en este sentido enriquecedor. (Gesto, M. 2010 en Aldonça, M. 2010:54-55).

## CAPÍTULO III: Redes Sociales en Salud

*“Cada uno se redescubre en la relación con el otro; construye una red, se reconstruye...cuando se comparten miedos, éstos se atenúan, se generan propuestas, se recupera el deseo, la vida y la utopía”*

*(Dabas, E. 1995 en Bin, L. 2010:11)*

### 3.1 ¿Qué son las Redes Sociales?

Las conceptualizaciones que se han dado al término “red” son variadas: no todas tienen el mismo significado ni poseen el mismo alcance empírico o teórico. En general se usa el término para designar situaciones donde se visualizan intercambios no institucionalizados.

Según la Real Academia Española: “una red es un conjunto o trabazón de cosas que obran a favor o en contra de un fin o intento común”. (2001)

Tal como lo señala Lemus, J. las redes en muchas ocasiones, comienzan como vínculos interpersonales, que constituyen una oportunidad para generar relaciones más sólidas y estables, que ya no dependan de la voluntad y la presencia de las personas. Para ello se requiere además del conocimiento sobre cómo hacerlo, de una actitud de apertura de cooperación que permitan superar las lógicas diferencias entre instituciones. (Lemus J., 2006 en Dabas E. 2006:7).

De acuerdo a esta postura Dabas, E. establece que la “red social” implica un proceso de transformaciones permanente, tanto singular como

colectivo, que acontece en múltiples espacio y asincrónicamente. Podemos pensarla como un sistema abierto, multicéntrico y heterárquico, que a través de la interacción permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización tal como hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida. Cada miembro del colectivo se enriquece de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser estos socialmente compartidos (2011:58)

En este sentido y tal como lo plantea Mires, F., la noción de red parece ser inseparable de la noción de relaciones. En cierto modo, las redes son relaciones que toman la (imaginaria) forma de redes. Una red, o un conjunto de relaciones, no es un hecho a priori, sino que, por ser redes son tejidas, del mismo modo que para que existan las relaciones, estas deben ser contraídas. ¿Pero quién teje las redes? No queda más alternativa que responder: los actores que la constituyen. Por lo tanto, el tejido no es independiente de los tejedores. En la construcción de la red no hay ningún plan preconcebido, o una lógica que la preceda, sino que son los actores, al relacionarse, quienes la van configurando” (Mires, F. 1999 citado en Arteaga, J. 2002)

Sobre esta línea Arteaga, J. sostiene que la noción de red implica una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, quienes a partir de una decisión voluntaria deciden desarrollar acciones

comunes, con finalidad compartidas y manteniendo la identidad de los participantes. El resultado de esa estrategia es la propia red que constituye una modalidad organizativa y de gestión, que puede ser vista como sistema bien definido por la claridad de objetivos, pero abierto en sus límites para un redimensionamiento de la red (2002).

Respecto a lo planteado, pensar en redes coloca a quienes están insertos en una institución de salud enfrentar el desafío de pensar cómo generar acuerdos; considerando las estrategias de intervención junto a estrategias cooperativas que promuevan conexiones; pasar de un orden establecido a una organización coordinada; de un saber único a múltiples saberes, asegurando la posibilidad de ser compartidos; de una unívoca modalidad de ser a la posibilidad de aprender en las diferentes prácticas.

.

### 3.2 Características de las Redes Sociales.

Retomando la noción de Red Social propuesto por Dabas, E. como un proceso de construcción permanente, tanto singular como colectivo, que acontece múltiples espacios y asincrónicamente, pueden reconocerse múltiples componentes que la caracterizan:

La red como *sistema abierto*, implica que admite el ingreso y el egreso de las singularidades que lo componen así como la posibilidad de cambios en las funciones que estas desempeñan (...)

Otro rasgo distintivo es la *multicentralidad* de la red, el cual modifica el paradigma de la pirámide, donde todo debe converger a partir de un centro

único de decisión. La propuesta no es de poner orden al caos, o dejar librada la organización a su suerte, y lo que es más grave a los recursos y capacidades de cada uno, sino la de pensar una organización en red (...).

No significa actuar en una perspectiva fragmentada o anárquica ya que su lógica se expresa en las conexiones.

Además, la red apela permanentemente a la *reciprocidad* “se debe asumir que cuando se convoca a la red se debe esperar ser a la vez convocado; cuando se solicita ayuda, saber que nuestra ayuda también será solicitada” (Dabas, E. y Perrone, N. 2011:213)

Sobre esta línea Yáñez, P. postula que el concepto de redes supone que sus estructuras se manifiestan en forma de vínculo (...) existentes entre los elementos o *nodos* diferenciados que integran un sistema social, siendo estos *nodos* actores sociales o cualquier tipo de entidades sociales significativas (individuos, grupos, organizaciones, clases).

Las redes sociales son pues, conjuntos de vínculos entre nodos. (Yáñez P., 1999 citado en Dabas, E. 2006).

Siguiendo esta postura se distinguen 5 componentes fundamentales

- Nodos: núcleo que conforman la red entre los cuales se establecen los vínculos. Se refiere a los actores sociales, capaces de transformar activamente su entorno al tiempo que se transforman a sí mismos.

- Lazos o vínculos: es la relación o comunicación que se establece entre los nodos. Existen nodos centrales y otros periféricos, entre los que circulan los diferentes flujos.
- Sistema de vínculos: conjunto de relaciones, lazos o vínculos entre los nodos es lo central en la red. La red no es un conjunto de nodos, sino más bien un sistema de vínculos.
- Intercambio: en la relación entre los nodos se produce intercambio. Este intercambio puede ser en el plano afectivo/emocional, social, material, financiero, etc. Los intercambios se manifiestan en flujos de recursos que se disponen en la red.
- Apoyo social: el proceso de intercambio o flujo, las vinculaciones o relaciones con otros actores, constituyen soportes tanto para los nodos como para la red en su conjunto. (Arteaga 2002 citado en Dabas, E. 2006:29)

Sobre la base de las consideraciones anteriores, Arteaga J. establece una caracterización de la estructura de una red social. En su conformación considera los siguientes factores:

- Articulación entre niveles: la red debe establecer conexiones entre organizaciones del nivel central de alcance nacional, de nivel regional, de nivel municipal, de nivel comunitario y de nivel sectorial.
- Articulación intersectorial: la red debe conectar organizaciones y actores provenientes del ámbito institucional comunitario.

- Centro estratégico: para que una red social tenga estabilidad y coherencia que le permita operar con eficacia y eficiencia, debe poseer, preferiblemente, un centro organizacional que actúe como un ente dinamizador y regulador de los nodos, sin que por ello la red pierda flexibilidad y horizontalidad.
- Conglomerados: las redes sociales deben conformarse por conglomerados que son subredes o redes locales instaladas en que las áreas territoriales que poseen una clara visibilidad social en la estructura de los espacios de vida de la gente. Estos conglomerados al interior de la red global, tienen que desarrollar identidades locales y una fuerte conexión con su territorio. (Artega, J. 2002 citado en Dabas, E. 2006:30).

### 3.3 La Red Social como alternativa en Salud.

A la macro desestructuración de la sociedad en su conjunto, la comunidad comienza a responder con estructuras alternativas. Microarticulaciones que parten, según Martínez Nogueira del *“reconocimiento de la complejidad de los procesos sociales, de la historia como proceso abierto, de la necesidad de negociación para la convivencia, con la creciente valorización de la iniciativa para la resolución de problemas que afectan el cotidiano, la solidaridad como instrumento para la acción y las estrategias múltiples para la resolución de problemas (...) un reconocimiento en la interacción, una intencionalidad, una elección y un proceso, una decisión*

*individual en un contexto social*".(Nogueira, M.1999 citado en Aruguete, G. 2001).

Con base en la misma línea Dabas, E responde al por qué de trabajar en salud bajo la perspectiva de Redes Sociales, manifestando que los problemas en dicho ámbito son muy complejos, ya que los determinantes están afuera de la salud. Los más importantes son los sociales y los económicos. Si no se trabaja sobre ellos, no se va a mejorar el nivel de salud. Entonces el enfoque de trabajo es interdisciplinario y lo que se trata de hacer para mejorar la salud es practicar una acción intersectorial.

Cuando se decide lanzar un trabajo en red, las instituciones y las personas que se vinculan procuran aprovechar el valor de la heterogeneidad y la diversidad para el beneficio del conjunto, estimular el intercambio y la cohesión entre ellas, reforzar la identidad de las partes, generar una masa crítica con dimensión y representatividad capaz de promover los cambios deseables e influir en las decisiones fundamentales. (2006:19)

Desde el ámbito de la salud pública se ha considerado el lado beneficioso de la existencia de soportes sociales para la contención de la salud de los individuos. Poder contar con los otros, organizar equipos, establecer fuertes vínculos profesionales, es una forma no sólo más democrática, sino también más eficiente para construir salud. En este marco, el aporte del funcionamiento en red se constituye en un soporte para dar respuestas

En otras palabras, la diversidad de los espacios dentro de las instituciones de salud son los que implícitamente van a dar lugar a la

ampliación y construcción permanente de relaciones interdisciplinarias e intersectoriales, potenciando el desarrollo de estrategias y dispositivos de intervención, para dar respuesta a las problemáticas que se van presentando.

Según lo establece Aruguete, G. la Red Social emerge como una propuesta reflexiva para verse a sí mismo, explicitando un campo de intereses compartidos y pensando prácticas que articulen códigos comunes. Una metodología para la acción, para la producción de alternativas válidas y para la reflexión sobre lo social como totalidad. (2001:13).

Desde el servicio de clínicas interdisciplinarias del Hospital Garrahan, la red es entendida como “sistema de intercambio”, sistema que desde 1989 vienen construyendo entre dicho hospital y los equipos de psicopedagogía de diferentes instituciones de salud del Gran Buenos Aires y que a partir de 1995, al conformarse la red Nacional, se extendió a instituciones de salud y educación del todo el país.

Esta red sigue creciendo en pos de favorecer tanto la derivación y asistencia como la docencia e investigación, promover la convergencia de distintos aportes disciplinarios e interdisciplinarios relacionados con el abordaje clínico psicopedagógico, propiciar una adecuada distribución sanitaria teniendo en cuenta el lugar de residencia de los pacientes y el nivel de complejidad hospitalario.

La existencia de redes garantiza el poder de construcción permanente tanto individual como colectiva y posibilita la creación de respuestas novedosas

frente a los problemas y necesidades que el marco social requiere. (Aldonça,  
M. 2010: 10,11)

## PARTE II: MARCO METODOLÓGICO

### Capítulo 4: Esquema del trabajo de campo.

#### 4.1 Planteo del problema de investigación.

##### 4.1.1 *Tema.*

El tema de la presente tesina es determinar la importancia de la implementación de un dispositivo de atención psicopedagógico dentro del ámbito de la salud pública, en la provincia de Santa Fe. A partir de éste, se formulan las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué rol desempeña el psicopedagogo en el ámbito de la salud pública? ¿Cómo se abordan las problemáticas de aprendizaje a partir de un dispositivo de atención psicopedagógico dentro dicho contexto? ¿Es posible el trabajo interdisciplinario e intersectorial?

##### 4.1.2 *Objetivos generales.*

1. Conocer como se enmarca el psicopedagogo en los servicios de salud pública.
2. Observar el funcionamiento de un dispositivo de atención psicopedagógico dentro del ámbito de la salud pública en la provincia de Santa Fe.
3. Identificar la perspectiva de redes sociales como principal estrategia de sostén en una institución asistencial.

#### 4.1.3 *Objetivos específicos.*

1. Comprender el tipo de formación profesional que el psicopedagogo requiere para trabajar en salud.
2. Precisar las relaciones interdisciplinarias en un equipo de salud.
3. Establecer la intervención específica del psicopedagogo en los niveles de Prevención y Promoción de la Salud.
4. Reconocer el procedimiento de admisión en un dispositivo de atención psicopedagógico.
5. Identificar las estrategias de abordaje psicopedagógicas utilizadas en los pacientes admitidos.
6. Comprender como se establece la articulación Salud-Educación
7. Destacar la importancia de trabajar en salud desde la perspectiva de redes.

#### 4.1.4 *Preguntas de investigación*

1. ¿Qué instancias de formación profesional se requieren para desenvolverse en un equipo de salud?
2. ¿Cómo se articulan las diferentes disciplinas para hacer frente a las demandas asistenciales
3. ¿De qué manera pueden promoverse aprendizajes saludables en el contexto de salud?
4. ¿Cuáles son los requisitos de admisión de un dispositivo de atención psicopedagógico dentro de la salud pública?

5. ¿Qué estrategias utilizan los psicopedagogos para el diagnóstico, tratamiento y/o posible derivación del paciente ante una dificultad de aprendizaje?
6. ¿Cómo responde el dispositivo a las necesidades educativas del contexto en el cual está inserto?
7. ¿Qué beneficios obtienen las instituciones de salud al trabajar bajo la perspectiva de Redes Sociales?

#### *4.2 Definición del tipo de investigación*

- Según lo propuesto por Justo Arnal:
  - Esta investigación está sustentada desde el abordaje del paradigma interpretativo, el cual engloba un conjunto de corrientes humanístico-interpretativas cuyo interés se centra en el estudio de las acciones humanas y de la vida social. El objetivo que persigue es conocer y comprender la importancia de contar con un dispositivo de atención psicopedagógico dentro del ámbito de la salud pública.
  - Según el carácter de la medida, es una investigación cualitativa ya que se orienta al estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social. Su interés está orientado al descubrimiento del conocimiento. Es una investigación destinada a la búsqueda de información respecto del funcionamiento de un dispositivo de atención psicopedagógico, no considerando para ello, aspectos cuantificables.

- De acuerdo al marco en el que tiene lugar, es una investigación de campo o sobre el terreno, en la cual se observa a los psicopedagogos y demás profesionales intervinientes en un dispositivo de atención, dentro de una situación sociocultural específica, como lo es el Centro de Salud Josefa Rosello.

#### *4.3 Selección del diseño de investigación.*

Se trata de un diseño de investigación no experimental y trasversal, destinado a observar los fenómenos tal como se dan en su contexto “natural y social” para luego analizarlos y estudiar las variables, en un momento dado del fenómeno. Éstas son las siguientes:

- Dinámica interdisciplinaria
- Articulación intersectorial

#### *4.4 Delimitación de la investigación: unidades de análisis.*

- Psicopedagogo
- Psicólogos
- Pediatra
- Trabajadora Social
- Directivos de instituciones Educativas.

#### 4.4.1 *Ubicación geográfica de las instituciones analizadas.*

Se ha tomado como referencia de análisis a una institución de salud. La misma se encuentra ubicada en la ciudad de Rosario perteneciente a la provincia de Santa Fe.

#### 4.4.2 *Institución de salud investigada.*

- El Centro de Salud Público Sta. María Josefa Rosello, se localiza en la ciudad de Rosario, barrio Godoy, distrito oeste. Sus servicios están adaptados a las necesidades de la comunidad, cuyo perfil socioeconómico es bajo.

Dicha organización, ofrece un nivel básico e inicial de atención, en el cual se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Allí se lleva a cabo el dispositivo de admisión de las problemáticas en el aprendizaje "D.A.P.A" con profesionales capacitados, entre ellos, un psicopedagogo, dos psicólogas, una pediatra y un asistente social. Atienden a niños de 2º y 3º infancia que concurran o no a Instituciones Educativas de la zona. Los mismos son derivados por dichas escuelas u otros profesionales de la salud.

El barrio en el cual el Centro está inserto cuenta con diversas Escuelas de gestión oficial: V. Montes, Rosello, Cosettini, Cabin 9, entre otras.

#### 4.4.3 *Profesionales seleccionados.*

Se entrevistaron a profesionales capacitados que se desenvuelven laboralmente en el dispositivo de atención, en la ciudad de Rosario. Respectivamente: un psicopedagogo, dos psicólogas, una trabajadora social y una pediatra, también directivos de las instituciones educativas que pertenecen a esa jurisdicción.

#### 4.5 *Técnicas de recolección de los datos.*

- Entrevista a psicopedagogo: conjunto de preguntas abiertas referidas al rol y desempeño dentro de un dispositivo de atención para abordar las problemáticas de aprendizaje.
- Entrevista a psicólogos, pediatra, y trabajadora social: preguntas abiertas destinadas a conocer la dinámica interdisciplinaria.
- Entrevistas a directivos de las instituciones educativas que derivan sus alumnos al Centro de Salud Josefa Rosello: preguntas abiertas en relación al grado de importancia que las instituciones educativas le otorgan al dispositivo de atención psicopedagógico en su zona de influencia y también respecto al origen de la demanda.
- Fichas de observación: se pactan ítems a observar dentro del Centro de Salud, a fin de conocer el funcionamiento del dispositivo de atención en

relación al cumplimiento de objetivos, circuito de admisión, dinámica interprofesional y articulación salud- educación.

## Capítulo 5: Análisis de los datos

### 5.1 Entrevista a profesionales calificados

Se entrevistó de manera individual al psicopedagogo que se desenvuelven en el dispositivo de atención a las problemáticas en el aprendizaje D.A.P.A, llevado a cabo en el centro de Salud Público “Josefa Rosello”, de la ciudad de Rosario, con el fin de conocer su rol y desempeño dentro del mismo.

#### 5.1.1 Psicopedagogo

- L. C.: psicopedagogo. Docente especialista en Instituto universitario del Gran Rosario. Periodista en Canal 3 de Rosario. Integrante del dispositivo D.A.P.A en el Centro de Salud Público “Josefa Rosello”.

El profesional entrevistado expone que el psicopedagogo para desenvolverse en salud pública, bajo la dinámica interdisciplinaria, requiere de una formación que está por fuera de cualquier instrucción formal que pudo haberse recibido en una carrera de grado. En este sentido, establece que hay una gran falencia, ya que el psicopedagogo durante su formación está exento de la práctica laboral en contextos diversos. Este campo, como también suele darse en el ámbito empresarial, ha sido poco recorrido y por ende pobremente explorado, dejando dicho perfeccionamiento a merced de la experiencia.

El posicionamiento desde la psicopedagogía clínica, basada en la atención primaria y en un contexto geográfico como lo es el barrio Godoy, lleva a replantarse el tipo de formación que se tiene y que está por fuera del ámbito privado. La capacitación en una instancia pública, se apoya en la misma práctica y se enriquece y nutre del trabajo interdisciplinario. Este último posibilita que cada profesional razone y amplíe su campo de conocimientos y no se cierre a ciertas pruebas-formas. La supervisión también es parte de la formación del psicopedagogo, ya que cuenta con un seguimiento directo sobre las intervenciones realizadas, y ayuda a disipar dudas. Por último, y no por ello menos importante, la lectura y relectura de bibliografía actualizada, que siempre será formativa de la profesión, sobre todo en este nivel de atención.

La psicopedagogía es sin duda, una disciplina que integra la atención primaria de la salud, porque justamente se ocupa de los aprendizajes que se dan a lo largo de la vida de un sujeto; y es preventiva en varias cuestiones, como por ejemplo, cuando ciertos aprendizajes en el orden de lo fisiológico se dan en los tiempos esperados y en situaciones y contextos adecuados, las problemáticas que puedan atravesar a un sujeto, tienen un impacto menor en la subjetividad del mismo.

El dispositivo comenzó a funcionar, previo a la intervención psicopedagógica. En sus inicios, estaba integrado por, pediatría, psicología y trabajo social junto a una coordinadora. La puesta en marcha fue el resultado de una serie de demandas que arribaban al centro de salud primaria, en relación a pacientes con fracturas en los aprendizajes. El equipo se

encontraba con niños en diversas circunstancias, pero con un denominador común, la presencia de dificultades en el aprender evidenciado en el ámbito escolar. Se encontraron entonces, con distintas miradas ante una misma situación. Posteriormente se decidió convocar la presencia de un psicopedagogo y fortalecer aún más los objetivos del dispositivo en relación a la construcción de proyectos terapéuticos viables.

El D.A.P.A en un comienzo se llamó “*dispositivo de admisión para problemas de aprendizaje*” y que hoy en día se llame “*dispositivo de admisión de problemáticas en el aprendizajes*”, no es un dato menor. Cuando se convoca la presencia del psicopedagogo, la primera intervención fue la nominalización del dispositivo para comenzar a plantearse si eran “problemas” o “problemáticas”. Hablar de “problemas”, implica la asignación de un rótulo al que ingresa; la “problemática” en cambio, es una situación que se resuelve entre todos los miembros del equipo interdisciplinario y que está abierta a múltiples causas. Por otro lado, una “problemática” no es necesariamente una situación que implica un problema; y algo que problematiza, es algo que instaura una pregunta y que requiere de todos para resolverla.

Repensar entonces el nombre del dispositivo para que responda de alguna manera al quehacer y trabajo interdisciplinario, fue un aporte desde el campo de la psicopedagogía. Por otro lado, la variación “de aprendizaje” por “en el aprendizaje”, se debe a que las problemáticas se dan en el aprender del sujeto, y por ende son móviles, no se cristalizan, evitando cualquier tipo de rótulo.

El entrevistado declara que, muchas veces surgen situaciones que por sus características quedan encuadradas en ciertas profesiones, pero que en el intercambio interdisciplinario, surgen variantes anexas que cambian el rumbo de la mirada. La resolución de las problemáticas, en la mayoría de los casos, termina siendo distinta a las pensadas individualmente.

El gran déficit en el dispositivo, sin duda alguna, es el *tiempo*. La jornada de aproximadamente 6 horas semanales, es utilizada para resolver muchos puntos, entre ellos, la admisión, las problemáticas complejas, la atención de niños, los grupos terapéuticos, así como también recibir, convocar y asistir a las escuelas. Como dice Goodman y considerando dichas situaciones, muchas veces se hacen “forzamientos”, acompañado de cierta flexibilidad profesional para poder sostenerlo, y muchas veces, no termina siendo lo más óptimo.

En relación a los turnos asignados, los pacientes son asistidos cada quince días, cuatro y hasta 5 semanas. En este contexto se terminan priorizando ciertas situaciones antes que otras. Cuando esto ocurre, los profesionales se cuestionan si una intervención con esta periodicidad, hace impacto en los aprendizajes de ese niño. La experiencia demuestra que sí lo hace, ya que el niño sigue sosteniendo el espacio clínico y las escuelas notifican las mejorías. En realidad lo que se ha creado, es una red de contención y trabajo.

Los beneficios del dispositivo radican en la mirada interprofesional; pensar una misma situación casi siempre compleja, desde varios enfoques,

es muy enriquecedor. El debate que este intercambio genera y el compromiso con horas de trabajo extra ofrecen resultados beneficiosos. Los centros que no cuentan con equipos, no llegan a apreciar una verdadera dinámica de trabajo y generan resultados individuales y fragmentados de una misma situación.

Las pautas que se requieren para un trabajo articulado responden a encuentros, charlas, debates, creación de espacios de escucha, de discusión y de acuerdos. Las distintas miradas aportan sus perspectivas y se generan triangulaciones de datos que ponen en evidencian soluciones viables. En estos espacios, surgen situaciones impensadas desde el propio campo, como por ejemplo un niño que manifiesta cierta inquietud en clase, puede orientarnos hacia un déficit atencional con hiperactividad, etc. En cambio desde pediatría se preguntan si ese niño posee “parásitos”. Cada profesional responde a los interrogantes específicos de su carrera; pero ello no quita que pueda nutrirse de otros conocimientos y salir de una visión simplista de los hechos. En esto radica el trabajo interdisciplinario.

El paciente ingresa al D.A.P.A por múltiples caminos, derivados de pediatra u otros médicos, también llegan derivados por las instituciones educativas a través de psicología. Una vez allí, el profesional que tuvo un primer contacto con el niño, le concede un turno al grupo familiar y se convoca al equipo para el conocimiento del caso.

La instancia de admisión está a cargo de pediatría, psicología y trabajo social. Se llevan a cabo varias entrevistas dependiendo del caso y allí se

decide si el niño pasa o no a la instancia de evaluación, a cargo del psicopedagogo y psicología.

En la etapa de evaluación y diagnóstico la primera herramienta es la reunión con el equipo de admisión para recabar datos relevantes como, las características del caso, preguntas, grupo familiar, etc., En conclusión se apuntan a conocer al niño a partir de un relato. También se hacen nuevas entrevistas con el fin de crear un acercamiento al grupo familiar, y obtener su opinión y perspectiva respecto a la problemática del niño.

Luego de la etapa diagnóstica se evalúa si los pacientes pasan a un espacio de tratamiento individual o grupal. El criterio principal, es saber si el niño puede o no sostener una actividad grupal, ya que hay patologías o cuadros severos que requieren de un bordaje individual. Posteriormente se hace un diagnóstico psicopedagógico junto a las psicólogas. Otros de los espacios viables son, psicoterapia individual o psicoterapia familiar.

Las estrategias terapéuticas psicopedagógicas se van modelando y ajustando a merced de cada situación. Aplicar test preestablecidos en contextos complejos, arroja resultados alejados de la realidad con la que el equipo se enfrenta. Es por ello que se marcaron ciertos parámetros de trabajo, tratando de evitar evaluaciones complejas y descontextualizadas.

El profesional establece que hay una *lógica* del psicopedagogo formado de la universidad, respecto a incorporar una serie de pruebas, como un programa armado de aplicación, convirtiéndose en un técnico. Establece que el psicopedagogo debe tener una mirada clínica y si no la tiene ha perdido el

rumbo. En este ámbito es propicio encontrar herramientas y estrategias que agilicen la tarea y que ofrezcan un marco de referencia para un tratamiento idóneo. Por ejemplo, en un primer contacto con el niño podemos observar si su lenguaje es fluido, si su campo semántico es acorde a su edad, etc. Estas pautas nos van a indicar si se encuentra en una línea de desarrollo acorde a su edad. Dependiendo el caso y el tipo de compromiso se utilizan, en muchas ocasiones, instrumentos no estructurados de evaluación.

El psicopedagogo debe estar abierto a dichas cuestiones y contar con, una caja, botiquín, mochila o valija de herramientas para pensar y cuestionarse, cómo construye el aprendizaje ese niño; que opina la familia, como se llevó a cabo la alfabetización, en qué estadio de comprensión lectora se encuentra (literal, inferencial). También se evalúa, mediante materiales cotidianos como revistas, las estrategias que el niño pone en juego para leer, narrar, contar, recordar, inferir, qué datos olvida. El juego es el eje fundamental de cualquier intervención ya que nos permite observar cómo opera el niño en relación al pensamiento y en relación a los demás.

Cada dato obtenido debe ser interpretado sobre una amplia base conceptual, porque en definitiva la principal herramienta con la que los profesionales cuentan termina siendo conceptual. Es por ello que hacer prevalecer la aplicación técnica y estereotipada de test, termina por perjudicar la inserción del psicopedagogo a los nosocomios y efectores públicos de salud, en donde los demás profesionales los instalan en determinado rol

social. Es nuestra función demostrar que somos poseedores de otro tipo de estrategias y que atesoramos grandes herramientas conceptuales.

Respecto a las Instituciones educativas, las mismas demandan del dispositivo, una atención permanente, por medio de informes y llamados. Si bien hoy en día no se ofrecen talleres y charlas al equipo docente, muchas veces se han pensado en este tipo de intervención, como otra instancia para abordar preventivamente ciertas dificultades y evitar los desbordamientos en el D.A.P.A. Cuando el niño está en tratamiento se le hacen sugerencias al docente, se van trabajando con ellos. Igualmente, los tiempos hacen que hoy se respondan de forma urgente a las problemáticas.

Las pautas a padres sobre aprendizajes saludables generalmente se trabajan en la admisión y en menor promedio, en la instancia de evaluación, siempre con el objetivo de evitar una problemática más severa. Igualmente una vez que el niño ingresó a la admisión, llega con una problemática instaurada y cualquier sugerencia o reacomodamiento de hábitos, lo preserva de una situación más comprometida, pero ya se hablaría entonces de una prevención secundaria y hasta terciaria.

### 5.1.2 Equipo de profesionales: Psicólogos, Pediatra y Trabajadora Social.

Se entrevistó individualmente a los diferentes profesionales del D.A.P.A, con el propósito de conocer en profundidad, la dinámica interdisciplinaria que sustenta el dispositivo de atención de las problemáticas en el aprendizaje.

- Psicóloga: V. B.
- Psicóloga: A. M.
  - Pediatra: C. A
  - T. Social: J. B.

El equipo plantea que las principales problemáticas, que movilizaron la construcción y puesta en marcha del dispositivo, surgieron en torno a lo escolar; niños que no aprenden, repitencias, ausentismos, deserciones, agresividad, entre otras. La gran cantidad de derivaciones provenientes de las instituciones educativas a psicología, promovió aún más la construcción del mecanismo. Por último, la necesidad de contar con otros profesionales para pensar en forma conjunta cada situación.

Según los profesionales, el D.A.P.A se plantea objetivos como; abordar interdisciplinariamente la problemática de los niños desde una mirada integral, es decir desde diversas disciplinas, T. Social, Psicología, Psicopedagogía y Pediatría, lo que posibilita la construcción de un nuevo problema. De esta manera una situación es resignificada a partir del trabajo conjunto.

Otro objetivo de mucha validez es, despejar y construir el problema junto con los diversos actores implicados, entre ellos, padres, niños, docentes. Es así como se coordinan estrategias de abordaje con las instituciones educativas y las familias involucradas.

A ellos se suman otros de igual importancia como, brindar un tratamiento específico a través de respuestas sustentables y arribar a diagnósticos claros, oportunos y cada vez más precisos.

Aquellos objetivos destinados a coordinar tiempos interprofesionales, son los que presentan mayores inconvenientes. La mayoría refiere que la dificultad radica en la posibilidad de encontrar espacios comunes a todos, no solo entre profesionales, sino también con los directivos institucionales. Otro impedimento surge en el intento de viabilizar ciertos tratamientos individuales en los períodos requeridos por los diferentes subsistemas.

El principal déficit, referido por el equipo profesional, en torno a su implementación, respecta a la organización interna, debido a que solo se cuenta con una jornada laboral para el dispositivo (martes de 13:00 a 17:00 hs aproximadamente). En esta franja horaria muchas veces no se logran re-trabajar y atender las situaciones, así como tampoco realizar las admisiones correspondientes. Algunos profesionales hacen referencia a que, añadir horas al dispositivo, implica un compromiso considerable para todos, en especial para el psicopedagogo que se desenvuelve ad honorem, si bien las predisposiciones se hacen presentes.

Otro de los déficits surge al interior del centro de salud, en relación a la falta de afinamiento y reajuste en cuanto a las derivaciones por parte de los médicos del D.A.P.A.

Los profesionales creen que el principal beneficio de contar con un dispositivo que atiende las problemáticas del aprender, es la oportunidad de pensar con otros. Los lugares que carecen de un mecanismo similar e incluso el mismo centro de salud, previo a su funcionamiento, los profesionales recortan un mismo problema y actúan de forma desarticulada obviando la complejidad del caso, es decir que lo que se produce es una disgregación de la situación evaluada.

Los mismos destacan la importancia de contar con un dispositivo en un Centro de Salud público, porque ayuda a visualizar de forma conjunta las problemáticas más profundas de la población, como por ejemplo violencia y abuso familiar. En este sentido la modalidad de abordaje utilizada desde sus inicios ha sido siempre interdisciplinar.

Establecen que para llevar a cabo un trabajo basado en la articulación de diversas disciplinas es preciso en primer lugar, contar con la disposición de cada uno para la escucha; la aceptación de los aportes de otras disciplinas, así como también el reconocimiento de los límites de la propia. La cooperación también es un componente esencial del trabajo en equipo, al igual que el tiempo dedicado al análisis de cada problemática.

El equipo de profesionales acuerda en que es posible llevar adelante un proyecto fundamentado en el intercambio disciplinar, aunque en el transcurso

de su funcionamiento se deba lidiar con ciertos inconvenientes como dificultades en torno a la organización. Este tipo de problemáticas suele ser recurrente en las reuniones de equipo y muchas veces terminan por opacar otras temáticas de igual o mayor importancia como por ejemplo transmitir lo que se va construyendo en el dispositivo, a otros sectores para lograr un mayor reconocimiento y validez.

Las acciones que le permiten al equipo aprovechar los conocimientos de todos los involucrados, apunta a la lectura conjunta de sustentos bibliográficos, que hasta el momento no ha sido posible vivenciar, también el intercambio constante de información y sobre todo, disipar dudas.

El equipo cree que el D.A.P.A ocupa un importante lugar dentro de la amplia red de salud pública, pero ha sido poco difundido. El mayor impacto está centrado al interior del Centro de Salud con resultados muy favorables. Un objetivo latente, es comenzar a compartir la experiencia con otros equipos para fortalecer aún más dicha articulación. Desde percepción de psicología se sostiene que en la presentación a nivel de coordinación central, no fue valorada su existencia como en realidad debería ser.

Las redes que mayormente se movilizan son las de promoción social y los vínculos profesionales que ayudan a la construcción de salud. Igualmente dentro del centro, los espacios compartidos, dan lugar al fortalecimiento permanente de relaciones interdisciplinarias y con otros sectores. Por otro lado se deberían crear nuevas redes con otros profesionales como fonoaudiólogos y

neurólogos, no permanentes en planta, o al menos un encuentro más periódico para darle mayor soporte al dispositivo.

Para sostener redes entre múltiples actores y contextos el mayor inconveniente con el que el dispositivo se encuentra es la gran demanda al Centro de Salud, como efector de 1º nivel de atención. La imposibilidad de dar respuestas a corto plazo genera cierta inconformidad sobre todo en el ámbito educativo.

Definitivamente los profesionales acuerdan en que los diversos vínculos creados a partir de la implementación del dispositivo ayudan los procesos saludables de vida. Todo aquello que posibilite pensar un problemática ampliamente, sin quedarse en un diagnóstico único, sin lugar a dudas es beneficioso para todos los actores involucrados.

### 5.1.3 Directivos de Instituciones Educativas

Las entrevistas se aplicaron a los directivos responsables de las instituciones educativas que derivan sus alumnos al Centro de Salud Josefa Rosello, en donde se desarrolla el dispositivo D.A.P.A, con el fin de conocer en profundidad las opiniones que los mismos sustentan en relación a su funcionamiento.

- **A. P.:** Directora de la escuela particular incorporada N° 1119 “Sor María Josefa Rosello”. Localidad Rosario.
- **A. F.:** Directora de la escuela N° 1376 "Leticia Cossettini". Localidad Rosario.
- **S. M.:** Directora de la escuela N° 6018 “Doctor Victoriano Montes”. Localidad Rosario.

Los juicios emitidos por los diversos directivos, son primordiales para establecer una concepción realista respecto a la eficacia del dispositivo, ya que cualquier tipo de intervención profesional se verá reflejado en el desempeño escolar del alumno.

Los directivos coinciden en la importancia otorgada al D.A.P.A, como medio eficaz para solventar las problemáticas de alumnos con dificultades de diversa índole. Establecen que el dispositivo no solo ayuda a los niños mediante intervenciones oportunas, sino también a los docentes a través de orientaciones en sus trabajos. En este sentido los educadores se sienten

contenidos a partir de la mirada profesional para abordar las múltiples problemáticas con las que se enfrentan, y que muchas veces, escapan de los recursos que manejan cotidianamente para poder solventarlas.

Previo al funcionamiento del dispositivo, las instituciones enfrentaban las diversas dificultades, a través de derivaciones a profesionales externos, pediatras y/o psicólogos, que no formaban parte de ningún equipo. El inconveniente de este recurso era, la inasistencia de los alumnos a la consulta; las derivaciones a otros especialistas, al cual no concurrían; y la principal desventaja, la ausencia de informes y sugerencias que validaran la asistencia y el desenvolvimiento del niño.

Ante cualquier problemática, los directivos conciertan en agotar todos los recursos disponibles dentro de la institución educativa, como por ejemplo, cambiarlo de división, de turno, modalidad de enseñanza, etc. Cuando persisten ciertos comportamientos, o hay indicios de dificultades específicas, se sugiere a la familia una intervención o asistencia profesional. Esto quiere decir, convocar al dispositivo para suplir la urgencia.

Frente a los puntos débiles del mecanismo, se manifiesta la urgencia de contar con turnos a corto plazo, así como también la necesidad de incrementar el número de profesionales, ya que la demanda supera en exceso la asistencia que puedan brindar. En este sentido, los tiempos institucionales exigen del dispositivo, inmediatez en las respuestas.

Durante el ciclo escolar los diversos centros educativos derivan al dispositivo, entre un 20 y 30% del total de sus alumnos. Un porcentaje de

ellos, no asiste a la entrevista de admisión, y la escuela debe continuar conteniéndolo a causa de las situaciones socio-ambientales complejas en las que se encuentran. Otro porcentaje, no concluye el tratamiento, pero de igual manera se ven avances debido a la asistencia y cuidado personalizado. En este último, la escuela cuenta igualmente con un diagnóstico y sugerencias para poder afrontar la dificultad. El resto de los niños concluye con el tratamiento y se ven mejoras inmediatas.

Los seguimientos de los alumnos, por parte de las escuelas, se realizan mediante los informes, que el equipo de profesionales, expide a cada una de ellas. Además, los llamados telefónicos que realizan de manera recurrente para casos que requieren de un seguimiento específico. Por su parte, una vez al mes, se realizan reuniones interinstitucionales para tratar sucesos de seria gravedad como por ejemplo, desnutrición, violencia y abuso.

Claramente se percibe la mejoría en los alumnos, a causa de recibir asistencia y cuidado especial, obtenidos muchas veces solo en la escuela. El alumno no solo progresa a nivel pedagógico sino también a nivel socio-emocional.

Contar con un dispositivo específico para afrontar las dificultades en los aprendizajes, es un excelente recurso para las instituciones educativas de la zona. Los docentes priorizan la necesidad de fortalecer esta red mediante charlas y visitas recurrentes del equipo, ya que hay un porcentaje de alumnos que requieren de un mirada profesional y que no asisten al centro por diversas causas. Al mismo tiempo es imprescindible pactar reuniones con los

docentes para asesorarlos sobre nuevas formas de abordaje ante situaciones complejas; así como también brindar estrategias de enseñanza para reducir el riesgo de futuras complicaciones. Los talleres, por otro lado, son un buen recurso para contener a una gran población de alumnos, sobre todo aquellos que quedan por fuera de la franja horaria en que el dispositivo ofrece asistencia.

Las expectativas destacan la urgencia de contar con gabinetes y equipos de profesionales intra-escolares para atender con mayor urgencia las carencias con las que se enfrentan en la cotidianeidad. Se ansía el crecimiento estructural del Centro y el aumento de profesionales dentro del equipo para suplir la inminente demanda. Otras de las expectativas de suma inmediatez, es la ampliación de la red de relaciones con otros centros de salud para cubrir las necesidades de un mayor porcentaje de alumnos.

## 5.2 Observación del dispositivo

Se han llevado a cabo una serie de observaciones en el Centro de Salud Rosello con el fin de conocer la puesta en marcha del dispositivo.

El examen del mecanismo de atención de las problemáticas en el aprendizaje, ha permitido detectar los puntos claves que sostienen su funcionamiento.

El dispositivo D.A.P.A se desenvuelve a partir de un circuito estratégico de admisión. En dicho proceso participan profesionales de diversas disciplinas: pediatría, psicología, y trabajo social. Cuando el paciente llega a consulta es atendido por los profesionales recién mencionados. Allí se establece un primer diagnóstico de situación, contemplando datos relevantes en cuanto, antecedentes personales, familiares, educativos y socio-ambientales. Las herramientas utilizadas para recabar dichos datos, se basan en el análisis de los informes de las instituciones escolares; la evaluación de la historia clínica familiar, ya que para ser atendidos el requisito indispensable es que el grupo familiar esté registrado en el Centro de Salud; y por último la programación de entrevistas.

Dependiendo cada caso, se elaboran estrategias específicas que van desde el tratamiento psicoterapéutico individual para padres o niño/a; evaluación de las problemáticas en el aprender, llevada a cabo por psicopedagogía y psicología; así como también interconsulta con otras especialidades y derivación a otras instituciones barriales.

En esta primera etapa del dispositivo, se generan espacios para la prevención y promoción de aprendizajes. Si bien el niño llega a consulta con cierta problemática, hay muchos casos en que los reajustes sobre hábitos de higiene, alimentación juego y sueño, o reacomodamiento en las rutinas del paciente, mejoran notablemente la condición con la que arribó a consulta.

En un segundo momento se evalúan las problemáticas en el aprender bajo la competencia del psicopedagogo y psicólogo, cuyo objetivo es elaborar hipótesis diagnósticas acerca de los recursos subjetivos, cognitivos y vinculares con los que cuenta para aprender. En esta instancia se realizan entrevista con los padres, tutores o encargados, docentes y con el médico referente de cada niño. La Evaluación puede requerir entre 3 a 5 encuentros.

Los diagnósticos son contemplados por todo el equipo mediante reuniones presenciales, exponiendo y disipando dudas; buscando estrategias viables que beneficien al paciente, a su grupo familiar, a los directivos y a los mismos profesionales, en un tiempo acorde. En dichas reuniones se crea un espacio para la interconsulta disciplinar, a la vez que emergen discrepancias respecto a la coordinación de tiempos.

La comunicación es fluida, ya que se establecen encuentros periódicos para concertar los trayectos a seguir en cada situación. Para arribar a diagnósticos complejos el equipo concibe, por fuera de las reuniones interdisciplinarias, encuentros interinstitucionales para llegar a resultados certeros.

En consecuencia, el tercer momento está referido al tratamiento psicopedagógico grupal o individual. Aquí se le proporciona al niño un espacio en el cual pueda desarrollar nuevas instancias de resignificación respecto al objeto de conocimiento.

Al tratamiento grupal asisten niños, sin compromisos subjetivos graves o cuadros co-mórbidos de base genética, congénitas o del neurodesarrollo. Los grupos terapéuticos son de 6 a 10 niños, con encuentros semanales de 60-70 minutos, coordinados por un terapeuta.

Respecto al tratamiento individual, son pacientes que presentan dificultades en sus aprendizajes derivados de patologías concomitantes, también pacientes con problemáticas subjetivas, cognitivas y sociales que impiden el desarrollo grupal y requieren de una atención personalizada.

De esta manera el niño queda contenido mediante tres instancias terapéuticas y bajo un abordaje integral, con diversas miradas disciplinares que apuntan a la resolución de las problemáticas, a través de un espacio de escucha y contención con estrategias admisibles, acordes a cada realidad.

Según documentos aportados por el dispositivo en base a datos recogidos desde julio del 2011 hasta mayo del 2013, el 74% de los niños derivados, asisten a la admisión, quedando un 26% de niños por fuera del dispositivo.

El origen de la consulta es variado, en mayor porcentaje son niños derivados de las escuelas, en segundo lugar derivados de pediatría, y en menor grado por factores socio-educativos, psicología y otros. Al ser las

instituciones educativas el mayor foco de derivación se coordinan con ellas encuentros y reuniones regulares para el seguimiento de los pacientes, así como también ciertos asesoramientos y sugerencias sobre el procedimiento con el paciente-alumno.

## CONCLUSIONES FINALES

A partir de lo postulado en el marco teórico y bajo lo investigado en el trabajo de campo, se ha podido comprobar la magnitud y alcance de contar con un dispositivo de atención psicopedagógico en un Centro de salud, perteneciente al ámbito público.

La realidad actual plantea desafíos constantes, demandando y promoviendo nuevas modalidades de organización, capaces de responder a las necesidades y los cambios que se van presentando. En efecto, las estrategias que resultaban útiles en un momento y que habilitaban a los profesionales de la salud para responder a las demandas del entorno, hoy en día son insuficientes.

Esta situación muy bien la señala Gabriel Litovsky, cuando establece que, los continuos avances científicos determinan constantemente cambios en las prácticas profesionales; también el aumento de la cantidad de pacientes con el mismo plantel profesional, la sociedad y los pacientes que reclaman calidad en la atención. Por lo tanto se torna indispensable repensar los modelos de trabajo a los efectos de responder a las necesidades que la realidad del entorno exige. (Litovsky en Dabas 2011:283).

Es así como la creación de nuevas condiciones y demandas sociales modifican el perfil y las modalidades de intervención del psicopedagogo en su ejercicio profesional, evidenciando problemas que requieren de nuevos conocimientos y competencias. Desenvolverse en el ámbito de la salud, sin lugar a dudas, lleva a un proceso de profesionalización constante. Es decir

que, aprender a manejarse en entornos complejos y en situaciones imprevistas, es relevante en la actualidad y forma parte de la capacitación profesional.

Coincidentemente con ello el psicopedagogo L. C., a través de la entrevista, constata que para desenvolverse en salud pública, se requiere de una formación que va más allá de una instrucción formal. El posicionamiento desde la psicopedagogía clínica, basada en la atención primaria y en un contexto geográfico complejo, exige una capacitación que se apoya en la misma práctica y que se enriquece y nutre del trabajo interdisciplinario, la supervisión y el sustento teórico.

Es notorio destacar, a partir de lo investigado, que el psicopedagogo al igual que los demás profesionales, problematiza el propio quehacer, reflexionando en su propia práctica, aprendiendo y enseñando en el contexto real en el que los hechos ocurren, y tal como lo postula Haddad, Q.J., utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente normal de la tarea en salud y el estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiadas para producir tal aprendizaje. (Haddad Q.J. 1997 citado en Dabas 2011:292).

En este contexto, la práctica de trabajo se une a la capacitación técnica profesional y a la reflexión crítica. Hecho que destaca Davini María Cristina, a través de la siguiente afirmación: tomar a las situaciones diarias como “palanca” del aprendizaje, analizando reflexivamente los problemas de la

práctica y valorizando el propio proceso de trabajo en el contexto en que ocurre". (1997:17).

El continuo compromiso con situaciones donde la salud de las personas está implicada, 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 y conformar equipos de trabajo que respondan de la mejor manera posible.

El dispositivo de atención, dentro de un centro de Salud, es la red que se tiende entre los elementos que forman parte de un conjunto heterogéneo, para dar respuestas flexibles y precoces a las demandas del contexto.

Se ha podido verificar, a partir de las observaciones y entrevistas que, cuando un equipo de profesionales, desde diferentes disciplinas, se plantea una tarea compartida, es necesario producir una modificación en el enfoque teórico individual, tratando de superar los límites estrechos que cada disciplina impone al análisis de los problemas, al abordar la realidad desde un objeto de estudio recortado o campos teóricos prefijados.

Así lo reconoce el psicopedagogo entrevistado, cuando establece que el intercambio y el compromiso interdisciplinar generan beneficios impensados desde una única perspectiva. Los centros que carecen de una labor en equipo, no llegan a apreciar una verdadera dinámica de trabajo y generan resultados individuales y fragmentados de una misma situación.

Desde el punto de vista del conocimiento y la intervención, la interdisciplina representa un esfuerzo de los profesionales por tratar de dejar

atrás la mirada sobre la unidad u objeto de análisis disciplinar, para adoptar un encuadre teórico que permita tratar la realidad tal como ésta se presenta, circunscribiendo problemas, que no se generaron con la lógica de ninguna teoría disciplinar. (Sznajder, A. 2006: 71).

Al unísono de esta perspectiva los profesionales del D.A.P.A, confirman que, formar parte de un equipo bajo un abordaje interdisciplinario, contribuye a visualizar de forma conjunta las problemáticas más profundas de la población. En este sentido, llevar a cabo un trabajo basado en la articulación de diversas disciplinas implica aceptar los aportes de cada una de ellas, así como también reconocer los límites de la propia, sin perder la identidad y autonomía que la caracteriza. Ciertos valores y principios como, respeto cooperación, tolerancia, disponibilidad, capacidad de esfuerzo y decisión, son también ingredientes esencial para el desenvolvimiento del dispositivo.

De estos planteamientos se deduce que es factible llevar adelante un proyecto fundamentado en el intercambio profesional, aunque en el transcurso de su funcionamiento, se deba lidiar con ciertos inconvenientes en torno a los *tiempos* y a la *organización interna*, los cuales se pusieron de manifiesto en cada una de las entrevistas aplicadas.

Considerando las opiniones de los profesionales indagados, muchas veces se producen “forzamientos” para solventar gran cantidad de situaciones. En este sentido, la asistencia ofrecida no termina siendo la más óptima y como resultado se generan malestares que radican en la imposibilidad de encontrar

espacios comunes a todos; y en la falta de afinamiento y reajuste en cuanto a las derivaciones realizadas por los propios profesionales.

Considerando el dispositivo de atención seleccionado, puede decirse entonces que un equipo interdisciplinario de trabajo se significa por, la presencia de un conjunto de personas con conocimientos y habilidades complementarias, con objetivos compartidos, con estrategias para alcanzarlos en función de las condiciones particulares; por la presencia de una tarea que no es lineal y debe atravesar diferentes obstáculos; así como también por el desarrollo concomitante de sentimientos y valores que vinculan el conjunto de personas que conforman el equipo.

En cuanto al procedimiento de admisión a un dispositivo de atención psicopedagógico, el mismo requiere de ciertas pautas de organización que habiliten al paciente a formar parte de un sistema integrado con soluciones pertinentes y a corto plazo.

Según Marina Carreiro, es preciso tener en cuenta variables que tienen que ver con lo institucional (posibilidades de atención, dispositivos con los que se cuenta), y variables que tienen que ver más con lo subjetivo (coordenadas del motivo de consulta, delimitación de la demanda, pertinencia de un tratamiento para el niño, para alguno de los padres, etc.). (2012).

En tal sentido y según lo advertido en el dispositivo explorado, la admisión requiere ciertamente de un circuito estratégico que ordene la demanda, ya que la mayoría de las situaciones que acuden a un Centro de Salud, se presentan de maneras fragmentadas, desordenadas, rotuladas, con

intervenciones superpuestas, que atentan contra la posibilidad de orientarla e intervenir de forma oportuna. Las disfunciones en esta instancia suelen darse porque, muchas veces, las demandas superan en exceso la asistencia que se pueden brindar desde el dispositivo, dando como resultado turnos a largo plazo, así como también preeminencia a ciertos tratamientos.

Cabe destacar que un dispositivo, por su naturaleza estratégica, implica ordenamiento, no solo en la admisión, sino también en el recorrido del paciente a través de diversas instancias de evaluación, diagnóstico, seguimiento y planteo terapéutico.

Respecto a las estrategias utilizadas por los psicopedagogos, se visualizó que las mismas, se van modelando y ajustando a merced de cada situación. Según palabras del psicopedagogo L. C., aplicar test preestablecidos en contextos complejos, arroja resultados alejados de la realidad. En este ámbito es propicio encontrar herramientas y estrategias que agilicen la tarea y que ofrezcan un marco de referencia para un tratamiento idóneo, evitando evaluaciones complejas y descontextualizadas.

Esta afirmación se pone en evidencia a través de las palabras de Cerdá, L. cuando establece que, la institución de salud debe contribuir, desde una labor honesta, a la configuración de un marco conceptual que permita encaminarse hacia la elaboración de estrategias válidas en la consecución de una comprensión, lo más abarcadora e integral, de los procesos que constituyen los aprendizajes. Las diferentes formaciones disciplinares deben constituir una riqueza y no una dificultad. La utilización de un determinado

andamiaje teórico, no puede consistir en el único recurso de quien lo ejerce debido a la ausencia de otras lecturas, sino en un abordaje válido, aunque no se constituya en *omniexplicativo*. (2009:16).

De ello se prescinde que el psicopedagogo esté abierto al uso de diversas estrategias siempre y cuando beneficien al paciente en su paso por el dispositivo. La realidad plantea el uso de una “*caja de herramientas*” compuesta de diversos enfoques teóricos”, con el fin de enfrentar las múltiples problemáticas, y no bajo un sistema de saber cerrado que constituye un tipo de mirada rígida y hegemónica. (Fernández, A. 1999 citada en Cerdá, L. (2009:10)

A través de las opiniones de los directivos de las instituciones educativas que derivan los niños al D.A.P.A, se ha podido comprobar que un dispositivo de atención, en un Centro de atención público, es un medio eficaz para solventar las problemáticas de alumnos con dificultades de diversa índole, ya que la asistencia ofrecida se extiende también al personal educativo, ofreciendo un servicio de contención, orientación y apoyo. Los seguimientos específicos, las sugerencias, las reuniones interinstitucionales y los informes son parte de dicho acompañamiento.

Frente a los puntos débiles se destaca la urgencia de contar con turnos a corto plazo, así como también la necesidad de incrementar el número de profesionales con el fin de recibir mayor asistencia. En este sentido, los tiempos institucionales exigen del dispositivo, inmediatez en las respuestas.

Atendiendo a ello, se desprende que la vivencia de malestar de las escuelas, no alude sólo a los recursos materiales que siempre faltan, sino que se extiende más allá: a la carencia de contención, de reconocimiento, de afecto y, por lo tanto, muchas veces resulta imposible satisfacer desde una propuesta de intervención tales ausencias. (Barilá 2010 en Aldonça, M. 2010:44-45)

De estas afirmaciones se infiere que, disponer de un dispositivo específico para afrontar las dificultades en los aprendizajes en un contexto complejo, es un excelente recurso para las instituciones educativas considerando que el mayor porcentaje de derivaciones proviene de dicho ámbito.

La mayoría de alumnos derivados asisten a la admisión y continúan el paso por cada instancia del dispositivo hasta concluir el tratamiento. Ello se debe a la contención ofrecida, manifestando mejorías en el transcurso de su escolaridad. Aunque otro porcentaje se disipa a causa de la larga espera. Es aquí donde surgen los reclamos referidos a la ampliación del plantel profesional.

Dabas, E manifiesta que los problemas en el ámbito de la salud son muy complejos, ya que los determinantes están afuera de él. Los más importantes son los sociales y los económicos. Si no se trabaja sobre ellos, no se va a mejorar el nivel de salud. Entonces el enfoque de trabajo es interdisciplinario y lo que se trata de hacer para mejorar la salud es practicar una acción intersectorial. (2006:19)

En base a dicho planteamiento y en consideración de lo investigado, la diversidad de los espacios dentro de las instituciones de salud son los que implícitamente dan lugar a la ampliación y construcción permanente de relaciones interdisciplinarias e intersectoriales, potenciando el desarrollo de estrategias y dispositivos de intervención, para dar respuesta a las problemáticas que se van presentados.

Las redes que mayormente se movilizan, son las de promoción social y la fuente de vínculos profesionales que ayudan a la construcción de salud. Así mismo estas redes deben mantenerse y ser fortalecidas paulatinamente entre los actores que la componen (salud, educación y familia) a través de contactos permanentes, reuniones, asesoramientos, talleres, así también, mediante la ampliación de la red con otros centros de salud para cubrir las necesidades de un mayor porcentaje de alumnos.

En base a los resultados expuestos se concluye entonces que, un dispositivo de atención psicopedagógico, tomado como un conjunto de prácticas y mecanismos flexibles que tienen por objetivo enfrentar una urgencia para obtener un efecto más o menos inmediato, es de suma relevancia en un centro de salud. Su implementación y funcionamiento es fundamental para mejorar la calidad de la salud pública. En este punto, el dispositivo no solo fortalece a los profesionales que lo integran, favoreciendo el conocimiento y el manejo de pacientes, sino que brinda, a través de un sistema articulado en la red, una asistencia que contiene al niño y asegura su permanencia, tanto en el ámbito de la salud como de la educación.

Y como plantea Dabas, E., poder contar con los otros, organizar equipos, establecer fuertes vínculos profesionales, es una forma no sólo más democrática, sino también más eficiente para construir salud. (2006:19)

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

### *Formato papel*

- ALDONÇA, M.; y otros (2010).Psicopedagogía y marco social: una clínica de lo posible. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- AMITRANO, C.; ROTHER G.; y otros (1995). Psicopedagogía Estratégico Interaccional: un abordaje eficaz en la resolución de problemas escolares. Buenos Aires. Psicoteca Editorial.
- ARNAL, J. (1992). Investigación educativa: fundamentos y metodologías. Barcelona. Editorial Labor
- ATRIO, N. (1997). Espacio psicopedagógicos. Buenos Aires. Edit.Psicoteca.
- BIN, L.; DIEZ, A.; WAISBURG, H. (2000).Tratamiento psicopedagógico: Red Institucional en el ámbito de la salud. Bs As. Paidós.
- BIN, L.; y otros (2011). Psicopedagogía en Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- BOSI, M.L; MERCADO, F. (2007). Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- CERDÁ, L. (2009). Estrategias teóricas y clínicas de intervención en psicopedagogía. F.L.Z. Nesdan S.R.L.
- CORONEL, M. (2009). “La admisión en la institución pública”. Perspectivas de la clínica de la urgencia. Inés Sotelo (compiladora). Ediciones Grama.

- DABAS, E.; y otros (2011). *Viviendo Redes: experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Buenos Aires. Ciccus Ediciones.
- DABAS, E.; CASSERLY, P.; LEMUS, D. (2006). *Plan Federal de Salud. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: programa Médicos Comunitarios. Módulo N° 9: "Salud y Redes"*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Edit. Graphicom S.R.L. C.A.B.A.
- DAVINI, M.C: "Educación permanente en salud". Washington. Serie PALTEX N°38. O.p.s. 1995. Pag.21
- FERNANDEZ, A. (2010). *La inteligencia atrapada: abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- FERRANDINI, D. (2003). *Trabajar en atención primaria. Documentos de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario*. Santa Fe. Argentina.
- KROEGER, A. L (1992). *Aspectos pragmáticos de la atención primaria de Salud a nivel nacional e internacional*. Cap. 1 en *Atención primaria de la salud*. 2º edición. OPS. México. 1992.
- MORIN, E. (1999). *La Cabeza Bien Puesta: Repensar la reforma, reformar el pensamiento*. Argentina. Ediciones Nueva Visión.
- MORÍN, E. (1997) *Introducción al pensamiento complejo*, Gedisa, Barcelona.

- OSORIO, S. (2009). Modelos y estrategias de intervención en psicopedagogía: *La entrevista de admisión*. U.N.L.Z. Facultad de Cs Sociales. (Cap. 7) Inédito.
- PASSANO, S. (1991). La institución hospitalaria: inserción de la Psicopedagogía clínica. Buenos Aires. Editorial Tekné.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001). Diccionario de la Lengua Española. España. Editorial Espasa.
- REVISTA DE EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD (OPS/OMS): “Educación permanente de Personal de Salud”: prácticas laborales en los servicios de salud, N°17.
- RODRIGUEZ, C. (1990). Salud y trabajo. Centro editor de América Latina.
- RÓVERE, M. (1993) “Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud”. Serie desarrollo de Recursos Humanos en Salud. N° 96.O.P.S.
- SABINO, C. (1998). Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos. Buenos Aires. Lumen Humanitas.
- SONIS, A.; BELLO, J.; LELLIS, M. (2006). Plan Federal de Salud. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: programa Médicos Comunitarios. Módulo N°1: “*Salud y Sociedad*”. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Edit. Graphicom S.R.L. C.A.B.A.
- SOUTO, M. (1999). Grupos y dispositivos de formación: el dispositivo en el campo pedagógico. Buenos Aires. Editorial Novedades Educativas.

- SZNAJDER, A. (2006). Plan Federal de Salud. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: programa Médicos Comunitarios. Módulo N°8: *“Trabajo en equipo en Salud”*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Edit. Graphicom S.R.L. C.A.B.A.

### ***Formato digital***

- AGAMBEN, G. (2011): ¿Qué es un dispositivo? *Revista Sociológica*, año 26, N° 73, pp.249-264. Disponible en <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/7310.pdf> (visitado 8/07/2013)
- ARTEAGA, J.; BERNARDO, J.; ROA, E. (2002). *Redes promocionales de calidad de vida*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de Cooperación Alemana. Disponible en: [http://www.bvs.org.ve/libros/Redes Promocionales de Calidad de Vida Modulo III.pdf](http://www.bvs.org.ve/libros/Redes_Promocionales_de_Calidad_de_Vida_Modulo_III.pdf) (visitado 08/07/2013)
- ARUGUETE, G.: (2001). *Redes Sociales: Una propuesta organizacional alternativa*. Jornadas sobre gestión en Organizaciones del tercer sector. Bs As. Disponible en: [http://www.cap-net-esp.org/network\\_management\\_tool/document/7/Redes gestion social.pdf](http://www.cap-net-esp.org/network_management_tool/document/7/Redes_gestion_social.pdf) (visitado 10/07/2013)
- CHIESIS, M.; GRANATI M. (2006). *Rotación Intrahospitalaria: un posible espacio de Aprendizaje e Intervención Psicopedagógica*.

Disponible en:

<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/res/prog/psicoped.pdf>

(visitado 15/07/2013)

- CZERESNIA, D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción, en Cuadernos de salud Pública, Brasil 2001. Disponible en: <http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia>(visitado 22/06/2013)
- DAVINI, M.C.:” Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud. Disponible en: <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/davini.pdf> (visitado 19/06/2013)
- DUBKIN, S.; FERNÁNDEZ, C. (2006). GCBA. Secretaría de Salud, Dirección General de Recursos Humanos en Salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo. “Programas docente de la Residencia de Psicopedagogía”. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/res/prog/psicoped.pdf> (visitado 19/06/2013)
- CARREIRO, M. (2012). El proceso de admisión en el equipo. Trabajo presentado en la 1º Jornada del Equipo de Niños del Hospital Álvarez: “La clínica hospitalaria, obstáculos e intervenciones” .Buenos Aires. Publicado en: <http://infantodelalvarez.blogspot.com.ar/2012/06/el-proceso-de-admision-en-el-equipo.html> (visitado 12/07/2013)

- LUPPI, C.: Preparase para el trabajo en equipo. Material elaborado sobre base del enfoque adoptado por Jon R. Katzenbach y otros autores. Publicado en: [www. Hfainstein.com.ar/articu\\_frm.html](http://www.Hfainstein.com.ar/articu_frm.html) (visitado 10/07/2013)
- MUNTAABSKI, G.; CHERA, S.; DAVERIO, D.; DURÉ, I. El plan de atención primaria de la salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la ciudad autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/clad/cong6/6nov/15/muntaabs.pdf> (visitado 15/07/2013)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra. Disponible en: [www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf) (visitado 12/07/2013)
- VIDAL, M. (2010). Dispositivo de admisión de seis centros de salud del distrito Sur de la ciudad de Rosario. Revista de Medicina General y Familiar. Noviembre. Santa Fe. Publicado en: <http://xa.yimg.com/kq/groups/22293817/1734076232/name/Dispositivos+de+admission+en+seis+centros+de+salud+de+la.pdf> (visitado 10/07/2013)

# ANEXOS

## **I. Modelos de las técnicas utilizadas para la recolección de los datos**

*a) Entrevista aplicada a profesionales del dispositivo D.A.P.A (psicólogos, pediatra, fonoaudiólogo y trabajadora social)*

1. ¿Qué problemáticas movilizaron la construcción y puesta en marcha del dispositivo D.A.P.A?
2. ¿Qué objetivos definen dicho mecanismo? ¿en qué medida se cumplen o no los mismos?
3. ¿Cuáles considera son los déficits o puntos débiles de su implementación? ¿De qué manera los solventan?
4. ¿Qué beneficios cree usted se obtienen, el poder contar con un dispositivo de atención de las problemáticas escolares en un centro de salud público? ¿Qué cree que sucede en los centros que aún no cuentan con este tipo de atención?
5. ¿Cómo describiría la modalidad de abordaje de los problemas de salud, que hace el equipo de profesionales del dispositivo?
6. ¿Qué pautas usted cree esenciales para lograr un trabajo basado en la articulación de diversas disciplinas?
7. Desde su perspectiva ¿su equipo logra construir y abordar problemas de forma interdisciplinaria? ¿con qué impedimentos se enfrentan?
8. ¿Qué acciones cree usted le permitirían al equipo, aprovechar los conocimientos de todos los integrantes en el abordaje de la tarea en el centro de salud?

9. ¿Qué lugar ocupa el dispositivo D.A.P.A en la amplia red de salud pública?
10. ¿Qué redes se movilizan a partir del funcionamiento del mismo? Y ¿Cuáles cree que se deberán fortalecer?
11. ¿Cuáles son las dificultades para establecer y sostener redes entre múltiples actores y contextos?
12. ¿Usted cree que la red de vínculos profesionales e Institucionales que subyacen al dispositivo pueden ser utilizada para optimizar procesos saludables de vida?

*b) Entrevista aplicada a psicopedagogo del dispositivo D.A.P.A*

1. ¿Qué instancias de formación profesional se requieren para desenvolverse en un centro de salud público?
2. ¿Qué problemáticas movilizaron la construcción y puesta en marcha del dispositivo D.A.P.A?
3. ¿Cuáles considera que son los déficits o puntos débiles de su implementación? ¿De qué manera los solventan?
4. ¿Qué beneficios cree usted se obtienen, el poder contar con un dispositivo de atención de las problemáticas escolares en un centro de salud público? ¿Qué cree que sucede en los centros que aún no cuentan con este tipo de atención?
5. ¿Qué pautas usted cree esenciales para lograr un trabajo basado en la articulación de diversas disciplinas?
6. Desde su perspectiva ¿su equipo logra construir y abordar problemas de forma interdisciplinaria? ¿con qué impedimentos se enfrentan?
7. ¿De qué manera se lleva a cabo la admisión del paciente al dispositivo?
8. ¿Cuáles son las estrategias terapéuticas con las que cuenta para evaluar a los pacientes?
9. ¿Qué criterios suscitan el tratamiento grupal o individual?
10. ¿Cómo se lleva a cabo el seguimiento de los pacientes?
11. ¿Cuál es el grado de deserción de los pacientes admitidos? ¿en qué instancia del dispositivo ocurre? ¿a qué causas lo atribuye?

12. ¿Cómo se establece la articulación salud-educación?
13. ¿Qué porcentaje de derivaciones realizan las escuelas? ¿cuáles son las otras fuentes de derivación que recibe el dispositivo?
14. ¿Las instituciones educativas ¿ qué acciones demandan del dispositivo?  
¿Cuál es la urgencia en las respuestas? ¿En qué lugar de importancia los colocan?
15. ¿Qué nueva perspectiva y campo de acción abrió en la mirada psicopedagógica el trabajo con la estrategia de la atención primaria de la salud?
16. ¿Cómo se promueven los procesos de prevención y promoción de la salud desde el dispositivo en el cual está inserto?

*c) Entrevista aplicada a miembros directivos de las Instituciones Educativas*

1. ¿Qué grado de importancia le otorga la institución educativa al dispositivo de atención de las problemáticas en el aprendizaje D.A.P.A?
2. ¿De qué recursos se valía la institución para hacer frente a dichas dificultades previo al funcionamiento del dispositivo?
3. ¿A su criterio cuales cree son los puntos débiles de dicho mecanismo?  
¿a qué causas lo atribuye?
4. ¿Cuál es el porcentaje de alumnos derivados al dispositivo durante el ciclo escolar? ¿A través de qué medios?
5. ¿Cómo se lleva a cabo el seguimiento del paciente que la institución educativa deriva al centro de salud?
6. ¿Cómo son los canales de comunicación que ustedes mantienen con los profesionales que integran el dispositivo D.A.P.A? ¿Hay eficacia en la respuesta que reciben?
7. ¿Ha notado mejorías en los alumnos que han pasado por el proceso de evaluación y tratamiento en las problemáticas de aprendizaje?
8. Considerando la red de vínculos salud-educación como una sólida herramienta de contención para las problemáticas escolares ¿Qué otras acciones entre ambos sectores cree usted promoverían procesos saludables de vida?
9. ¿Qué expectativas tiene a futuro respecto al dispositivo D.A.P.A?

d) Instrumento de observación aplicado en el Centro de Salud Josefa Rosello.

Pregunta	Respuesta		Observación
	SI	NO	
¿Se observa un circuito de admisión que tienda al ordenamiento en la llegada de las situaciones?			
¿La mirada del paciente admitido es integral?			
¿El trabajo en equipo es coordinado?			
¿Los canales de comunicación entre profesionales son fluidos?			
¿Hay acuerdos consensuados para arribar al diagnóstico?			
¿Se observan espacios dedicados a la interconsulta profesional?			
¿Las líneas terapéuticas que utilizan son viables?			
¿Los pacientes asisten a los tratamientos?			
¿Se lleva a cabo un seguimiento del paciente dado de alta?			
¿Realizan derivaciones a otros profesionales que no pertenecen al dispositivo?			
¿Se coordinan las estrategias de abordaje con las instituciones educativas y las familias involucradas?			