

Miradas sobre la intervención

“Entre lo que no se quiere decir y lo que no se quiere escuchar”

La construcción de un dispositivo de cuidado
en la Pandemia de Covid-19

**Mariana Martín^a, Soledad Salvaré^b, Felipe Gobello^c,
Mariana Abadía^d, María Laura Gargiulo^e, Elizabeth Durán^f,
Constanza Piscopo^g y Carla Giles^h**

Fecha de recepción: 11 de noviembre de 2021
Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2021
Correspondencia a: Mariana Abadía
Correo electrónico: marabadie@gmail.com

- a. Lic. en Trabajo Social. Jefa interina Servicio Social Hospital San Juan de Dios de La Plata. Ayudante diplomada Cátedra Trabajo Social 1. FTS. UNLP.
- b. Lic. en Psicología. Jefa interina Servicio de Salud Mental. Hospital San Juan de Dios de La Plata.
- c. Lic. en Psicología UNLP. Trabajador Becario de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud dependiente del Ministerio de Salud provincia de Bs. As.
- d. Lic. en Trabajo Social. ex Jefa Servicio Social Hospital San Juan de Dios de La Plata. JTP Cátedra Política Social. FTS. UNLP.
- e. Lic. en Trabajo Social. Hospital San Juan de Dios de La Plata.
- f. Lic. en Trabajo Social. Hospital San Juan de Dios de La Plata.
- g. Lic. en Trabajo Social. Hospital San Juan de Dios de La Plata.
- h. Lic. en Psicología UNLP. Trabajadora Becaria de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud dependiente del Ministerio de Salud provincia de Bs. As.

Resumen:

El presente trabajo tiene como propósito compartir una experiencia de construcción de un dispositivo de abordaje interdisciplinario en el acompañamiento a familias de pacientes internados/as por COVID19 en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital San Juan de Dios de La Plata, provincia de Buenos Aires, en el contexto de la segunda ola de la pandemia, durante el período de Mayo a Agosto del año 2021. La singularidad de la experiencia reside en el proceso de construcción interdisciplinar del dispositivo y la significación que adquiere su implementación en el contexto de pandemia. El dispositivo tuvo por objetivo aportar a fortalecer la comunicación en el momento del "post parte médico" brindado diariamente en forma telefónica a las familias, incorporando las dimensiones subjetivas, sociales y culturales. Nuestra comunicación con los familiares estaba destinada a acompañar aquellas resonancias que se configuraban en el entramado familiar ante cada parte médico del "día a día" de una Terapia Intensiva, en un contexto de incertidumbre y de imposibilidad de comunicación presencial. A partir de esa escucha comenzamos a generar estrategias de abordaje interdisciplinario identificando la singularidad de cada situación.

Palabras clave: Dispositivo psicosocial - cuidado - interdisciplina.

Summary

The purpose of this paper is to share one experience of building the interdisciplinary approach device in the accompaniment of families of patients hospitalized for COVID19 in the Intensive Care Unit (ICU) of the San Juan de Dios Hospital in La Plata, province of Buenos Aires, in the context of the second wave of the pandemic, during the period from May to August 2021. The uniqueness of the experience lies in the process of interdisciplinary construction of the device and the significance that its implementation acquires in the context of the pandemic. The device aimed to contribute to strengthen communication at the time of the "medical post part" provided daily by telephone to families, incorporating subjective, social and cultural dimensions. Our communication with the relatives was intended to accompany those resonances that were configured in the family framework before each medical part of the "day to day" of an Intensive Therapy, in a context of uncertainty and impossibility of face-to-face communication. From this listening we began to generate strategies of interdisciplinary approach identifying the uniqueness of each situation.

Key words: Psychosocial-care-interdiscipline device.

*“¿Cómo fue que pensar la muerte, lo impensable
se convirtió en el pensar dominante
de nuestro ser en nuestros días?
¿Cómo fue que hablar de la vida se hizo carne apenas
en el triste suburbio del discurso de la tristeza de la muerte?
(...) solo nos es dado como humano pensar lo vivo
para que la vida merezca ser vivida
bajo un cielo sin máscaras”*

Vicente Zito Lema

Introducción

El propósito de este trabajo es compartir una experiencia de construcción de un dispositivo de abordaje interdisciplinario en el acompañamiento a familias de pacientes internados/as por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), en adelante la UTI, del Hospital San Juan de Dios de La Plata, provincia de Buenos Aires, en el contexto de la segunda ola de la pandemia, durante el período de Mayo a Agosto del año 2021. Este trabajo nos permitió iniciar un proceso de sistematiza-

ción de reflexiones preliminares emergentes de los distintos momentos de trabajo en el marco del dispositivo, en una pandemia que aún no terminó.

El Hospital San Juan de Dios es un Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos de referencia provincial en Neumonología, Infectología y Cardiología. Cuenta con Consultorios Externos y 134 camas de internación. En los primeros meses de preparación para dar respuesta a la emergencia sanitaria por Covid19, y en forma progresiva hasta la segunda ola, se sumaron 15 camas para la UTI.

Creemos que la singularidad de la experiencia residió en el proceso de construcción interdisciplinar del dispositivo y la significación que adquirió su implementación en el contexto de pandemia más que en la propuesta en sí, ya que hay antecedentes disciplinares e interdisciplinares de dichos abordajes en las prácticas hospitalarias. Un primer aspecto a considerar fue la confluencia en un tiempo, tan corto como el avance mismo de la enfermedad, de una heterogeneidad de trabajadores/as de la salud estatales (Programa Cuidar a las/los que cuidan de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos Violencia de Género en PBA, la Dirección del Hospital, el Servicio Social, Servicio de Salud Mental y Servicio de la UTI del Hospital), desde una concepción de salud mental, tal como lo define el Artículo 3° de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, "...como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos...", dentro de una trama de contención y desde una convicción tácita: el equipo nos salva.

Antecedentes primera ola

Siendo trabajadores de la salud nos encontramos sorpresivamente trabajando bajo un nuevo marco denominado de Emergencia Sanitaria. Fuimos testigos de una reorganización de todos los dispositivos del hospital y atravesadas/os a su vez como sujetos por los mismos miedos, e incertidumbres que todas/os. Emergen así la ansiedad, la angustia, los enojos, las interpretaciones catastróficas o persecutorias que intentaban dar algún sentido a lo que se presentaba como inédito.

Se superponían escenas del colapso de sistemas de salud en el mundo, junto con el diseño y puesta en marcha de un dispositivo de seguimiento ambulatorio a cargo del Área de Epidemiología. Se creó un Call Center Hospitalario¹ a cargo del personal de riesgo que fue exceptuado del trabajo presencial (dispensados). Este Call Center se dividió en dos equipos, uno destinado a realizar el seguimiento de pacientes ambulatorios y contactos estrechos de la comunidad y el otro al personal de salud del hospital que se encontraba transitando el aislamiento. En ambas situaciones los Servicios de Trabajo Social y Salud Mental recibían las Interconsultas a través de whatsapp de las problemáticas que demandaban nuestras intervenciones, iniciándose en ese instante una estrategia de acompañamiento integral; atendiendo los aspectos subjetivos inherentes a la condición de aislamiento, como así también, en el caso de la población con vulnerabilidad social, los obstáculos para la subsistencia que demandaban una rápida y oportuna red de contención para efectivizar la estrategia de atención/cuidado.

Fué en esos primeros tiempos de aumento de casos por Covid19 que repensamos el cuidado entre nosotras/os, en un formato solidario. Mantuvimos una serie de encuentros interservicios, Trabajo Social y Salud Mental a los fines de poner una pausa ante ese "empuje urgente" que nos habitaba. Encuentros que permitieron poner en palabras los malestares que nos afectaban, a la vez que construimos nuevas formas de cuidado y de acercamiento subjetivo.

Podemos afirmar que entre quienes nos veníamos encontrando durante el trabajo, nos aunó el sentido colectivo de construir respuestas. ¿Cuáles respuestas? ¿Ante qué necesidades? ¿A qué demandas? Las respuestas devinieron del proceso de conformarnos como equipo, lo cual implicó encuentros, desencuentros, diálogos permanentes; y es en la interrelación de las dimensiones biológicas, subjetivas, sociales, culturales, económicas y políticas, precisamente en ese pliegue, que nació la interdisciplina. Alicia Stolkiner plantea que "...la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de

1. El Call Center fue un dispositivo de seguimiento virtual implementado en principio en la sede del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires y luego, debido a el aumento vertiginoso de casos, se descentralizó en los distintos hospitales.

contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos." (Stolkiner, A; 1987:313).

El "horario de trabajo" como criterio ordenador se borró absolutamente, o mejor dicho, se adecuó a la necesidad que marcaba la emergencia; desarmando las estructuras horarias con las que veníamos trabajando, ya que las demandas podían presentarse dentro del «horario laboral» como "por fuera", dado que, como se dijo anteriormente, se daba lugar a la demanda en el momento en que se presentaba a fin de sostener y/o fortalecer el vínculo entre profesional/equipo-familia para intervenciones oportunas en dicho contexto. En ese contexto de Primera Ola, se institucionalizaron los Comités de Crisis en todos los Hospitales, y en ese marco, en nuestro Hospital se produjo el primer acercamiento del Programa Cuidar a las/os que cuidan, dependiente de la Subsecretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. y de la Coordinación Regional de Salud Mental; ofreciendo apoyo a los equipos definidos como "Primera Línea".

La temporalidad no fue la única dimensión que fue modificada para adecuarse al contexto, sino que la intervención misma se vió afectada. La entrevista, como principal herramienta metodológica y como punto de partida para el comienzo de la relación que daba lugar a otras intervenciones, debido a las restricciones del ASPO, debió encuadrarse principalmente de manera telefónica para el seguimiento de todas las problemáticas, además del Covid.

Segunda ola. Construcción del dispositivo. "Entre lo que no se quiere decir y lo que no se quiere escuchar"

A principios del mes de Abril del 2021, se produjo el acercamiento de la Coordinación de la Región XI de Salud Mental a los Servicios de Salud Mental y Trabajo Social planteando la designación de dos profesionales en Psicología para abordar el contexto de aumento de la curva de ingresos a UTI con una tasa del setenta por ciento de mortalidad. El equipo se amplió y se enriqueció, se escuchó en función de este acercamiento de profesionales: "aliviar, no sobrecargar". El escenario signado de sufrimiento de las/os pacientes y familiares junto a un proceso de cansancio y desgaste del equipo de salud. Nuestros cuerpos "nos pasaban factura". La angustia y los síntomas también nos atravesaban.

Desde el equipo de Trabajo Social se realizó un encuentro virtual con colegas del Hospital El Cruce de Florencio Varela, quienes venían implementando un dispositivo denominado "Cuidados Humanizados" en la Terapia Intensiva, en forma interdisciplinaria (enfermería, medicina, psicología y trabajo social). De dicho encuentro, se reafirmaron principios éticos que guían la práctica profesional y permitió resignificar las implicancias del "estar, ofrecer, no decidir por el otro, entender nuestro límite" en este contexto. Entonces, acompañar a las familias, generar accesibilidad simbólica, fortalecer redes de cuidado, transmitir tranquilidad sin generar falsas expectativas, conocer las percepciones/representaciones sobre la salud, identificando las complejidades familiares en su singularidad, transversalizadas por la vulnerabilidad psicoafectiva, social y económica se constituyeron en líneas estratégicas de la intervención, siempre en diálogo con las/os profesionales psicólogas/os; con quienes pasamos a formar "duplas" de trabajo.

Con la frase que encabeza el subtítulo de este apartado, circunscribía el Jefe de la UTI, ese espacio "entre", en el cual nos sumergimos durante los últimos meses de la pandemia.

Haciendo frente a la mudez de la pulsión de muerte, apostando a que algunas palabras puedan ser dichas y así habilitar lo que llamamos el "acompañamiento". Dar las malas noticias confronta al médico con una tarea difícil, y a la/al paciente y/o familiar en un momento que en muchas ocasiones resulta traumático. Hemos constatado diferentes formas de hacerle frente a ese momento del "parte diario" tan esperado y rechazado a la vez, visibilizando diferentes estrategias para amortiguar el golpe y compartir el dolor.

La omnipresencia de la muerte nos llevó a la pregunta: ¿era posible encontrar lo vital en la muerte? Nos encontramos reunidos hilvanando las situaciones de vida de los familiares, sus modos de responder ante el dolor, sus defensas, sus recursos, con el deseo de transformar en vivible la posible cercanía de la muerte de un familiar, o de soportar la incertidumbre vivida en ese borde, por momentos infinito, entre la vida y la muerte. ¿Pero cómo hacer ese trabajo sin dejarnos aplastar o silenciar por la mudez de lo mortífero? ¿Cómo propiciar momentos de vivificación entre nosotras/os como equipo de salud? ¿Cómo no responder melancólicamente a las pérdidas que nos rodeaban? Lo planteamos, y allí vuelve esa convicción tácita, cada vez más explícita: el equipo nos salva, los lazos nos sostienen y entendimos que sólo

así nos fue posible continuar entre tanto dolor, extrañando y necesitando los abrazos que hubieran aliviado tantos sentires, hablándonos por los ojos que asomaban detrás del barbijo y la máscara.

El objetivo, en principio, fue humanizar la instancia del parte brindado por las/os profesionales aportando a que las/os trabajadoras/es de la UTI pudieran ampliar el conocimiento acerca del contexto y de las relaciones vinculares de cada familia.

Nuestra comunicación con los familiares se convertía así en un llamado para aliviar, un llamado para tender un puente, para conocer. Presencia de una voz que alojaba y acompañaba en medio del dolor y la incertidumbre.

A partir de esa escucha, de generar un ofrecimiento y de comenzar a intercambiar con las familias comenzamos a construir estrategias de abordaje; identificando la singularidad de cada situación y pensando en todos los casos en forma interdisciplinaria, aportando en conjunto y definiendo los tiempos de la intervención, la persona del grupo familiar con la cual nos comunicamos según la disciplina, tratando de no invadir, de no sobre-intervenir, construyendo aportes desde cada una, reflexionando a lo largo del proceso. Se trabajaba escuchando cada dinámica familiar, en la singularidad de sus lazos, respetando sus tramas vinculares y propiciando pequeños movimientos, habilitando nuevas formas de comunicación y acceso a la información.

Participando además de espacios de discusión que fuimos propiciando donde se ponían en cuestión aspectos generales del dispositivo, ajustes que debíamos realizar a lo largo de la puesta en práctica y también intercambio de algunas situaciones particulares que requerían ser abordadas en forma conjunta por el equipo, enriqueciendo de esa manera el trabajo de la dupla a cargo de la situación como del equipo en su conjunto.

Durante el período mencionado, se sostuvo tres veces a la semana una dinámica de “Pase de Sala” presencial con el Jefe de Sala de la UTI, instancia en la que se producían intercambios fructíferos y así se fue consolidando una nueva práctica de “equipo de salud”. Encuentros que también dieron consistencia a los lazos del equipo de salud, dando tiempo y lugar a la pausa y la palabra.

Estas condiciones optimizaron encuentros de trabajos previos y pusieron de manifiesto que “resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un gru-

po. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Pensar en un desarrollo interdisciplinario es programar cuidadosamente la forma y las condiciones en que el mismo se desenvuelve” (Stolkiner, A; 1999:1)

El vínculo con la familia se construía a partir del intercambio telefónico según la demanda familiar, que podía tener vaivenes según fueran los partes médicos, a veces más esperanzadores o poniéndolos frente a la cruda realidad de lo irreversible. Al inicio nos encontramos con ciertas dificultades como la “duda” por parte de las familias al no saber quién se encontraba del otro lado del teléfono, ofreciendo un dispositivo novedoso para sus trayectorias de atención de la salud; debiendo sortear en varias ocasiones el difícil acceso a internet y /o falta de señal para una fluida interacción. El trabajo en el equipo interdisciplinario sobre “el primer contacto” tuvo un lugar importante en las reuniones semanales, y junto con el Jefe de la UTI se fue construyendo ese acercamiento, y así la singularidad del proceso de acompañar.

Nos resulta indispensable resaltar, desde una política de cuidado, comprendiéndola como Faur y Jelin (2014) “como responsabilidad social colectiva” el estar a disposición para un acompañamiento, ya que procuramos no universalizar una política, psicologizando el proceso sino que debido a los tiempos lógicos y las necesidades de cada familia estar a disposición para mediar entre el/la paciente y la familia. Cabe recordar que en ese momento, las visitas estaban inhabilitadas, salvo excepciones protocolizadas para despedirse del paciente en casos de fin de vida con la política de garantizar una muerte digna y permitir la simbolización del proceso de duelo. Por ello, el dispositivo creado se asienta en la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 tal como se menciona en el artículo 1 “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental...” tomando a la salud mental por su definición en la actual Ley como un proceso y no como un estado.

Un punto central del dispositivo, relacionado directamente con el paradigma de Derechos Humanos es el acceso a una información clara y verídica por parte del personal de salud al/la paciente y en caso de que ésta/e por cuestiones en su proceso de salud se vea imposibilitado en su acceso, a sus familiares: “Cuando el paciente, según el criterio del profesional de la salud que lo asiste, carece de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se

pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.”²

Este punto ha sido conversado por el equipo con el médico Jefe del Servicio de la UTI ya que todos los días era él quien debía informar el parte médico de cada paciente internado a su familiar responsable. En este sentido, retomamos la frase del Jefe de la UTI que “hay un vacío entre lo que el familiar no quiere escuchar y el médico no quiere decir respecto al estado de salud del paciente”. Por ello le parecía de suma importancia nuestra presencia ya que nos permitía mediar en ese hiato que se generaba en algunas ocasiones y acompañar a los familiares en el proceso de aceptación del estado de salud del/de la paciente.

Cuando se desplegaba por medio del acompañamiento telefónico el tema del estado de salud de su familiar, se abrían tantas respuestas como familiares existían. Algunas de las respuestas que podrían ser clasificables eran la angustia ante la presencia real de la muerte; la culpa debido al contagio; quienes se apoyaban en la creencia religiosa y la fe como un modo de defenderse ante la amenaza real de la muerte, en Dios como un operador, que hace y deshace: “Si Dios se lo quiere llevar es porque así lo quiso”; la negación total de la situación; entre otras. Respecto a esta última, la habilitación de las visitas permitía que el/la familiar tuviera una mayor percepción de cómo se encontraba su familiar, de lo que implicaba estar internada/o en una UTI para quienes nunca habían atravesado esa experiencia.

Por último, en lo que refiere al acceso a la información netamente médica sobre el estado de salud del/la paciente cuando nos realizaban alguna consulta de esa índole la función era redirigir a que se lo pudieran preguntar al médico en el parte, resaltando que ese era su derecho. Asimismo se pretendía que pudiéramos, en la medida de lo posible, humanizar algo del parte médico que siempre tiene algo de un vocabulario técnico resultando para muchos familiares incomprensible. Por ejemplo, que se pudiera explicar de manera sencilla lo que implica que un paciente esté intubado, es decir, que se le haya colocado asistencia respiratoria mecánica ya que no puede hablar y está dormido por la sedación medicamentosa, por lo cual no existe comunicación posible. Sin embargo, al momento en que fueron habilitadas las visitas, a pesar de que el paciente no podía hablar ni

se sabía si escuchaban, generó un gran alivio en algunos familiares poder acercarse, hablarles, mientras que para otras/os eso generaba una mayor angustia. Por ello, ninguna decisión era universalizable sino que se iba evaluando la intervención desde la singularidad.

El encuentro cara a cara del equipo con las familias sucedió en el egreso de la UTI a las salas o por el fallecimiento del paciente. En ambos casos y para ambas partes, ese momento resultaba muy movilizante; pero también advertimos cómo el proceso previo de vinculación se constituía en una fortaleza. En el caso de fallecidos/as, la intervención para la habilitación de ritos de despedida a partir de las creencias de cada familia fue un momento fundamental.

Reflexiones finales

Lo recorrido y transitado durante este proceso no fue sin obstáculos, pero justamente, el valor estuvo puesto en el quehacer con ese obstáculo.

Algunas de las conclusiones a las que podemos arribar son a la importancia de diseñar un proyecto de dispositivo flexible en función de la lógica institucional en la que se lleva adelante, más aún cuando se trata de un trabajo interdisciplinario donde cada disciplina debe ceder en función de la tarea común, en este caso, el acompañamiento basado en una política del cuidado desde el Estado para dignificar el proceso de las/os pacientes dentro del Hospital, garantizar una muerte digna en los casos que el estado orgánico de las/os pacientes fuera irreversible, ser habilitadoras/es de la elaboración de un marco simbólico en tiempos donde lo real arrasó con familias, madres, padres, hijas/os, hermanas/os, con una sociedad entera.

También destacamos la importancia de habilitar desde nuestro lugar la dimensión del duelo a iniciarse tras una pérdida afectiva, o inclusive frente a la pérdida de la salud y las secuelas de la enfermedad. Ofrecer un tiempo y espacio para poner palabras al dolor adquirió un valor trascendental, más aún en tiempos de pandemia donde la distancia y el aislamiento trastocó los rituales propios de las despedidas. También la oferta de un tiempo para entender y tomar decisiones.

En las diversas narrativas aparecía fuertemente “somos

una familia destrozada”. El dispositivo tuvo un recorte temporal y contempló los procesos que requerían un seguimiento posterior y/o derivación a la red de atención en Salud Mental. En esos seguimientos, aquello que se nombró como “retazos de familia” en este momento se transita de la mano de distintos recursos simbólicos, afectivos y culturales.

Este vínculo con el Hospital implicó la posibilidad de producir accesibilidad a la atención de la salud para las familias, ya que para muchas era una necesidad postergada por condiciones de precariedad laboral y por la distancia geográfica que obliga a tener que salir de su casa de madrugada para llegar a un servicio de salud y luego hacer una larga cola para conseguir un turno.

Por otro lado, el valor del trabajo interdisciplinario no solo a los fines de ofrecer un acompañamiento con una mirada integral sobre el paciente, sino también a los fines de sostenernos afectivamente como equipo de trabajo en tiempos de tanto dolor y pérdidas.

En el marco de la evaluación y cierre del dispositivo se realizó una reunión de equipo, de la cual participamos el equipo psicosocial y quien tuvo el rol de Jefe de Sala de la UTI durante la experiencia relatada, que actualmente es reciente Jefe de Servicio. En esa instancia se resignificó el proceso como un aprendizaje para todas/os las/os integrantes del equipo y se remarcó el aporte del equipo psicosocial en atenuar y ponerle contenido a ese “hiato” dado por lo que no se quiere decir (desde el lugar del médico/a) y lo que no se quiere escuchar (desde el lugar de las familias).

Por último queremos destacar que esta experiencia tuvo su motor en los lazos y las transferencias de amor y de saber. Un aprendizaje que nos permitió construir un modo inédito de trabajo, que nos demanda continuar pensando nuestras futuras intervenciones, en pos de generar y sostener acercamientos subjetivos, en tiempos de ausencia y/o distancias de los cuerpos; pero también en el desafío de profundizar el encuentro entre la política de salud mental y las prácticas del equipo de salud.

Bibliografía

Faur, E "El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual" Siglo Veintiuno editores. 2014.

Ley Nacional de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de Salud N°26.529

Ley Nacional sobre Derechos del Paciente, historia clínica y consentimiento informado N°26.742

Ley Nacional de Salud Mental N°26.65

Stolkiner, Alicia: "De interdisciplinas e indisciplinas" del libro El Niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio" comp. Elichiry, Nora; Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1987.

Stolkiner Alicia: "La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas". Revista Campo Psi-Revista de Información especializada" Año 3, No 10, Abril de 1999, Rosario. (acceso : www.campopsi.com)