

## **TRAYECTO DE CAPACITACIÓN**

**“Pensar la Educación Domiciliaria y Hospitalaria.  
Sujetos, problemáticas y desafíos en el contexto actual”**

### **Módulo 2**

La enseñanza en Educación Hospitalaria y Domiciliaria



## **MÓDULO 2: LA ENSEÑANZA EN EDUCACIÓN HOSPITALARIA y DOMICILIARIA**

### **Contenidos:**

- 2.1. Especificidad del sujeto de la modalidad de la EDyH. Proceso de salud-enfermedad en la niñez y adolescencia.
- 2.2. Salud mental y otras situaciones complejas. Confusiones y dificultades para definir la frontera de inclusión/exclusión de los sujetos en la modalidad.

## **2.1. Especificidad del sujeto de la modalidad de la EDyH. Proceso de salud-enfermedad en la niñez y adolescencia.**

Hablar de *sujeto* implica siempre una mirada filosófica, se encuentre explícita o no. El sociólogo Alvin Gouldner (1973) nos invita a pensar que los conceptos que a menudo utilizamos forman parte de una teoría social; por ello es conveniente conocerla, y en tal caso elegirla, antes que ésta domine nuestras prácticas silenciosamente.

Desde la etimología de la palabra **sujeto** es posible hallar una doble acepción del término, que da cuenta de *lo sujetado*, por un lado, y de su capacidad de **acción**, por el otro. Lo “sujetado” puede referir a uno o varios contextos que “sujetan” ineludiblemente, pues los distintos ámbitos de pertenencia nos constituyen subjetivamente, como también a una idea de condicionamiento absoluto y determinismo (Cerletti, 2017).

Alejandro Cerletti (2017) propone reflexionar acerca de ese péndulo en el ámbito de la educación, donde intervienen distintos campos del conocimiento en la construcción de la categoría de *sujeto*, tales como la gramática, la psicología, el psicoanálisis, la filosofía y el derecho. Nos encontramos, por un lado, con prácticas y saberes que *sujetan* –en un sentido de imposición- a un sistema de reproducción dominante y que suprimen la capacidad de acción del sujeto. Y por el otro, con una perspectiva que da lugar a *la palabra del otro*, en tanto novedad que irrumpe en un sistema instituido.

Nos preguntamos **¿quién es el otro[1]?, ¿cómo lo concebimos?** De estos interrogantes se trata, en parte, la pregunta por el sujeto.

En nuestro continente latinoamericano, estas preguntas han tenido una diversidad de respuestas. En tanto acción de como respuesta que han dado lugar a distintas formas de dominación colonial e inclusive de genocidios. Estas experiencias han tenido fundamento de distintas corrientes del pensamiento occidental. Tales han sido la mayoría de las disciplinas científicas enarboladas sobre una premisa fundante del pensamiento occidental moderno, a partir del siglo XVI: la idea de sujeto de la razón universal. De acuerdo con el filósofo Enrique Dussel (1992), este “sujeto universal” y “racional”, forma parte del *mito de la modernidad* comenzado con la Conquista de América. Detrás del manto de universalidad y racionalidad, lo que su “razón emancipadora” oculta es una *irracionalidad* inherente a la violencia que ejerce por el encubrimiento del otro; es decir, el intento de aniquilación de todo lo no-europeo.

Desde entonces, la dominación colonial o intentos de sometimiento del otro han ido adoptando distintas máscaras y formas de encubrimiento.

Como sociedad y como sujetos de una cultura, no estamos exentos/as de las herencias –explícitas o sutiles- que nos legaron las distintas formas de pensamiento colonial. Sin ir más

lejos, Francisco Romero (2004) nos habla acerca de cómo la oligarquía, como clase dominante en los tiempos fundacionales del Estado Nacional, impuso sus valores e ideario liberal a través de un “aparato cultural”. La piedra angular de este aparato fue el control ideológico del sistema educativo nacional, los medios masivos de comunicación y los ámbitos culturales y científicos de prestigio. Así se fue conformando lo que Arturo Jauretche denominó *colonización pedagógica*. Los valores “universales” pasaron a ser los dominantes, dejando por fuera de ese universo a todas las expresiones culturales y sociales identificadas con tradiciones locales. El pensamiento político de Domingo Faustino Sarmiento, condensado en la antinomia *civilización y barbarie*, expresa la imposibilidad de conciliar dos mundos antagónicos identificados con lo “letrado” e “intelectual” y el “campo popular, el mundo del ‘otro’, el de la violencia y la barbarie”, respectivamente (Romero, 2005: 45). La educación de entonces, concebida como instrucción, era un intento de homogeneización cultural y de borrar en un sujeto las huellas de la *barbarie*. Desde esa matriz cultural y conceptual hemos sido formados/as, a lo largo de mucho tiempo, en distintas instituciones.

Por ello es tan importante volver a la pregunta por el sujeto. **¿A quiénes educamos? ¿Para qué educamos? ¿Cómo educamos? ¿Con quiénes?**

El filósofo Emmanuel Lévinas nos invita a reflexionar acerca del otro en su alteridad. El “rostro del otro” es un modo en el cual se presenta y no se puede reducir a la idea o imagen que tengamos de él/ella. Nuestra experiencia del otro no lo constituye como tal, pues la alteridad es irreductible.

Al respecto, Enrique Dussel sostiene que podemos generar una aproximación, no del mismo modo en que nos aproximamos a un objeto o a un fenómeno, sino en tanto alguien que se *revela*, a modo de epifanía. La proximidad habla de una relación entre sujeto y sujeto (y no entre sujeto y objeto), que es intrínseca a la especie humana desde el momento en que una persona nace e implica una responsabilidad hacia y con el otro (Dussel, 1996).

Cabe entonces preguntarnos: **¿desde qué lugar me relaciono con otro? ¿En qué valores se funda mi aproximación?** Les proponemos reflexionar acerca de estas preguntas junto al siguiente pasaje que nos ofrece Carlos Cullen:

La condición quizás más importante para poder aspirar a un mundo mejor consiste en hacernos cargo de lo más profundo de la condición humana: la posibilidad de estar expuestos a la interpelación ética del rostro del otro en cuanto otro, que me dice: héme aquí, no me violentes, o sea, no pretendas reducirme a tu mismidad. Porque desde siempre, y como algo anterior a toda iniciativa que tomemos, somos guardianes de nuestros hermanos, es decir, nos define el cuidado del otro, que es el núcleo fuerte y fundante de la justicia (la injusticia es siempre una forma de violencia y de reducción de la alteridad a una mismidad o totalidad).

(...) La relación con el otro en cuanto otro, y no como mero otro-de-mí, en cambio, no es una relación de representación, me transforma en responsable, es decir, capaz de responder a esta interpelación, como algo anterior a toda representación, ya sea de la igualdad de la condición de individuos racionales, incluso ya sea meramente la diferencia de lo mismo, desde el supuesto que lo mismo no es igual (294)

(...) A diferencia del mero cuidado de sí, el cuidado del otro lo inicia la interpelación ética del rostro del otro que convierte al sí mismo en responsable, es decir, capaz de responder. Y la respuesta es la acogida de la alteridad, cuidándola siempre, o la violencia de reducirla a la mismidad (es decir, la justicia o la injusticia) (Cullen, 2019: 293-299).

Si asumimos el cuidado del otro y la responsabilidad que ello implica, desde una concepción que no lo reduce al sí mismo, estaremos dispuestos/as a la interpelación y a la vulnerabilidad que esta exposición implican.

**Vulnerabilidad-responsabilidad-cuidado**, constituye entonces una tríada de sentidos y principios éticos desde la cual podemos volcarnos de lleno en la particularidad que nos convoca en este apartado: **el sujeto de la modalidad EDyH**.

Partiendo de la asunción de que todos/as somos vulnerables frente a la novedad que nos abre el otro, en nuestra modalidad podemos añadir un plus a esa vulnerabilidad. Hemos dicho que históricamente el sujeto de la EDyH han sido niños, niñas y adolescentes en situación de enfermedad. Ahora bien, **¿qué implica hablar de enfermedad? ¿Es únicamente esta situación la que define a las personas que ingresan a la modalidad?**

Hagamos un recorrido por algunos conceptos que entrañan y acompañan las normativas federales que actualmente rigen en nuestro país. Pero antes que nada, queremos abrir la pregunta, **¿es necesario estar preparados/as para abordar situaciones pedagógicas donde la salud y la enfermedad irrumpen como problemática?** Si bien es importante formarnos y conocer acerca de la complejidad y especificidades que este campo nos puede abrir, también es fundamental tener presente algo que nos plantea Carlos Skliar (2017): frente al sentido común que sostiene que no estamos “preparados/as” para la diversidad y la adversidad, decimos que no se puede estar *preparado/a* para todo lo que está por venir, pero sí debemos estar **disponibles**. Consideramos que esta postura ética es la que habilita la posibilidad de propiciar un espacio pedagógico que **aloje** y **cuide** a ese/a sujeto que atraviesa una situación compleja y de mayor vulnerabilidad, como puede ser una enfermedad.

Los documentos oficiales de nuestra modalidad en Argentina toman como punto de partida el reconocimiento de todos/as los/as niños, niñas y adolescentes (de aquí en adelante NNyA) como **sujetos de derechos**. El interés superior de los/las NNyA es declarado como la “máxima satisfacción, integral y simultánea, de los derechos y garantías”[2] consagrados por el

Estado. Esto significa partir de la presunción de capacidad, sea cual sea la etapa de su vida que se encuentre transitando; así, un/a niño/a o adolescente es tan sujeto de derechos como lo es una persona adulta. No hay justificación alguna para que esta condición humana le sea negada.

Hemos visto que la EDyH es un derecho reconocido por el Estado. Los contextos y necesidades particulares a los que atiende esta modalidad hablan también de qué acciones serán posibles para un sujeto y cuáles no, durante el tiempo que atraviese esa situación específica. Pero desde ningún punto de vista esto supone cercenar las **posibilidades** de acción de cada sujeto.

El Ministerio de Educación de la Nación identifica al sujeto de la modalidad como “sujeto en situación de enfermedad, lo que le confiere a la misma el carácter de suceso inherente a la vida, de mayor o menor complejidad y duración, pero que no es equivalente a todo su ser, ni marca su destino” (Ministerio de Educación de la Nación, 2014: 31). Es decir, que un sujeto atraviese una situación de enfermedad no significa que deba ser definido a partir de ella, pues incurriríamos en una estigmatización. El eje de la EDyH está puesto en el **sujeto de aprendizaje** de la educación y no en la situación de enfermedad. Es decir, no es “la enfermedad” la que define a nuestro sujeto sino su condición de estudiante o potencial estudiante del sistema educativo. Lo que debemos identificar es, en tal caso, cuándo una situación de enfermedad **interrumpe la posibilidad de que un sujeto asista a la escuela regularmente**. Cuando esos sujetos se encuentran internados/as en un efector de salud o deben guardar reposo en sus hogares por un período de tiempo mayor a 30 días, es el momento en que la educación hospitalaria o domiciliaria hacen presencia para garantizar la continuidad de su trayectoria educativa. Más aún, en el deber de garantizar el derecho a la educación, la modalidad tiene la obligación de escolarizar a todos/as los/as NNyA que encontrándose hospitalizados/as no se hallen registrados/as en el sistema educativo en ese momento.

Ahora bien, esta definición no agota ni mucho menos caracteriza el abanico de situaciones que la modalidad puede abarcar hoy en día. Hay circunstancias en las cuales un niño, una niña o un/a adolescente se encuentra transitando una enfermedad que no impide que asista regularmente a su escuela; como también hay casos en los cuales los períodos de ausencia son breves y las escuelas pueden gestionar estrategias para que ese/a estudiante no quede excluido ni se vea interrumpida su trayectoria. De acuerdo a la Ley de Educación Nacional (N° 26.206), el derecho a la educación implica una adaptación de todo el sistema educativo a las necesidades específicas y singulares de cada sujeto, sin que ello implique segregación. En tal sentido, es fundamental que las currículas sean flexibles.



Actualmente, la modalidad se encuentra también abordando **problemáticas que no son enfermedad** pero que podrían requerir de internaciones hospitalarias o de reposo domiciliario prolongado. En los últimos años se ha incrementado la demanda y necesidad de incorporar situaciones vinculadas a la **salud mental y otras situaciones complejas**. Al igual que cuando se trata de enfermedad, no significa que todas las situaciones de salud mental –y otras complejas- deban acudir ineludiblemente a la EDyH; se sigue manteniendo el criterio principal de acceso a la modalidad enunciado más arriba: cuando un/a sujeto se encuentra impedido/a de asistir regularmente a la escuela por un período determinado de tiempo, preferentemente mayor a 30 días corridos[3]. Para ello, desde el Consejo Federal de Educación, se ha elaborado una nueva normativa: la Resolución 425 del año 2022, que aprueba el documento “Pautas para la regulación de ingreso de estudiantes en la Modalidad Educación Domiciliaria y Hospitalaria frente a situaciones complejas. Definición de incumbencias y campos de acción conjunta. (Dirigidas a agentes del sistema de salud, equipos de orientación, docentes y comunidad educativa en general)”.

Como veremos en el siguiente apartado, este documento viene a problematizar un conjunto de concepciones y de prácticas vinculadas a un paradigma de la salud mental que hoy en día, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se intenta todavía desterrar.

Aquí nos encontramos con un nuevo desafío vinculado a **redefinir el concepto de sujeto de la modalidad**, ya que ahora no sólo se trata de sujetos atravesados/as por una situación de enfermedad sino también por otras circunstancias que no pueden ser calificadas como *enfermedad* pero que atañen a la salud en un sentido amplio.

Partamos de la pregunta **¿qué entendemos por salud y por enfermedad?**

Desde el psicoanálisis, Alicia Stolkiner nos hace grandes contribuciones para pensar estas categorías. Antes que entenderlas como algo estático o como un “estado”, la idea de *proceso* cobra protagonismo (Stolkiner, 2021).

Veamos algunos conceptos vigentes en nuestra normativa federal:

**“Pensar la enfermedad como un fenómeno natural de la vida del ser humano supone considerarla en su relación con el concepto de salud”** (Ministerio de Educación de la Nación, 2014: 23).

**“...la salud, lejos de ser un estado de completo bienestar biopsicosocial, es un ‘proceso complejo, en estado de tensión permanente, conflictivo, multifactorial y dinámico’** (Resolución 202/13).

Concebir a la salud y la enfermedad como un proceso implica incorporar la dimensión de los **cuidados** como constitutiva de las prácticas de atención que se brindan, desde las profesionales hasta las que proceden de saberes comunitarios y domésticos (Stolkiner, 2021).

Este concepto ubica a lo social en la base de su propia definición. No se puede escindir lo biológico del cuerpo humano, de la historia de una persona, de un grupo familiar, su condición socioeconómica y su cultura; en definitiva, de los distintos contextos que lo constituyen y grupos de pertenencia a los cuales adscribe.

Las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social (Ministerio de Educación de la Nación, 2014: 33).

Para historizar brevemente algunas representaciones y prácticas de salud, el antropólogo Eduardo Menéndez nos trae el concepto de **modelo médico hegemónico (MMH)** referido en el módulo 1. Si bien los textos de su trayectoria a los que apelamos remiten a los años 80 y al contexto de esa época, recuperar sus aportes centrales permite reflexionar en torno a las continuidades de ese modelo y su encarnadura en las prácticas y concepciones médicas de hoy en día. Veamos algunos de sus supuestos:

El **biologismo** emerge como rasgo dominante en términos metodológicos e ideológicos, subsumiendo a otros niveles explicativos posibles en relación a la enfermedad. La atención está puesta en los síntomas en función de este rasgo, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad.

El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, siendo los procesos sociales, culturales o psicológicos de carácter secundario.

Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico. Asume que la enfermedad no tiene historia, como tampoco lo biológico.

La práctica médica puede quizás reconocer que el acto médico constituye no sólo un acto técnico sino también un acto social e ideológico; pero no lo reconoce en su propia práctica.

La investigación epidemiológica se maneja con series históricas de corta duración, ignorando en los hechos la mediana y larga duración histórica (Menéndez, 1988).



El inicio de la crisis del paradigma que sostiene estos supuestos se ubica durante la década del '70 en América Latina, dejando al descubierto que el incremento de enfermedades y problemas de salud estaban estrechamente vinculados con una creciente desigualdad social, profundización de la pobreza y condiciones socioeconómicas desfavorables.

Por lo tanto, por más que un sistema de salud contará con grandes inversiones, no resultaría eficaz para las poblaciones más vulnerables en momentos de crisis si sus prácticas y concepciones escinden la enfermedad y la salud de su historia, del contexto sociopolítico y de las condiciones particulares en que viven esas personas.

Entre los cuestionamientos que se hicieron a este modelo, uno importante fue el del incremento de la **“intervención médica”** (en los términos enunciados) en los **comportamientos sociales**, acompañado del aumento de uso de fármacos, como forma de control y de “normalización”. En las infancias, esto se ha visto con la construcción de nuevos padecimientos, tales como la hiperquinesia infantil en la década del '50.

En base a esto podemos decir que los diagnósticos sobre salud-enfermedad son construcciones enmarcadas en un paradigma determinado. Es decir, responden a una concepción de salud y enfermedad, a las prácticas que despliega y a una determinada concepción de sujeto. Como plantea la psicoanalista Gisela Untoiglich:

Es necesario tener en claro quién y por qué solicita un diagnóstico y para qué se realiza, así como desde qué marco teórico se efectúa el mismo. Ya que es una falacia suponer... que se puede ser a-teórico y a-político a la hora de establecer un diagnóstico (Untoiglich, 2020:62).

Estas orientaciones pueden aportar a la construcción de nuestra tarea pedagógica-educativa, si tenemos presente que las intervenciones que se hacen desde el campo médico inscriben marcas subjetivas en los/las NNyA que ingresan a la modalidad. Las/los profesionales de la salud hacen referencia también al contexto en que se despliega la estrategia pedagógica.

Usualmente, las enfermedades traen consigo malestar, sufrimiento, dolor. Y, en particular, las y los sujetos en proceso de constitución subjetiva necesitan del acompañamiento afectivo y responsable de adultos/as para poder comprender lo que sucede en esas circunstancias. Algunas pautas acerca de estos procesos se encuentran en el siguiente link: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL006513.pdf>. *Aportes para la construcción de la Modalidad Domiciliaria y Hospitalaria*. “Impactos subjetivos derivados de la enfermedad” (pp: 37-57).

Claudia Bernal, en su trabajo sobre *“niños hospitalizados con cáncer”*, señala que muchas veces las/los niños/as padecen múltiples efectos secundarios de tratamientos del cáncer, que producen agotamiento físico y emocional proporcionales a la disminución de la motivación y concentración. Sin embargo, más allá de los diagnósticos, de los tratamientos y

sus consecuencias inmediatas, debemos hacer foco en que todo/a sujeto, aún en circunstancias dificultosas, tiene el derecho y la **posibilidad de aprender**.

...existe un sinnúmero de métodos que permiten que el niño mantenga la necesidad de sentirse curioso, aun cuando no posea las fuerzas necesarias. Distinto es dejar al niño solo, sintiéndose mal, apartándolo del resto, que atender, respetar e integrar a un niño a pesar de su malestar. Cuando me refiero a *integrar al niño*, me refiero al hecho de hacerle la invitación para llevar a cabo sus actividades escolares, lúdicas o recreativas, sin obviarlo, sin suponer que no querrá hacerlas (Bernal, 2018: 50).

El cáncer es considerado una enfermedad crónica al igual que muchas otras. La modalidad EDyH se hace presente ante la aparición de **enfermedades crónicas** o **recurrentes** que impliquen un nivel de ausentismo escolar significativo para la trayectoria de ese/a estudiante.

---

[1] Haremos referencia a “el otro”, empleando un genérico masculino, para remitir al sentido que distintas corrientes de pensamiento le han atribuido como categoría filosófica y antropológica.

[2] Esta definición radica en el Artículo 3° de la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061.

[3] Este período ha sido recomendado por la LEN para otorgar un criterio general a las jurisdicciones, dando la posibilidad de producir las modificaciones que se evalúen pertinentes según cada contexto particular.

## **2.2. Salud mental y otras situaciones complejas. Confusiones y dificultades para definir la frontera de inclusión/exclusión de los sujetos en la modalidad. La Educación Sexual Integral (ESI) en la modalidad EdyH.**

Hecho dicho que la modalidad se encuentra ante un desafío: incluir situaciones que no pueden tipificarse como *enfermedad* pero que atañen a distintos aspectos de la salud humana. La Resolución CFE N° 425 del año 2022 nos habla de situaciones denominadas complejas, muchas de las cuales atañen a la salud mental. En este apartado nos detendremos en lo que refiere a *salud mental*.

En el módulo 1 hemos hecho un repaso por algunos conceptos nodales de la perspectiva de derechos que promueve la Ley 26.657, más conocida como “Ley Nacional de Salud Mental”. En ellos se apoya la Resolución N° 425 que corresponde aplicar en nuestra Modalidad EDyH.

En Argentina contamos con una amplia trayectoria de movimientos, redes y organizaciones políticas y gremiales que vienen luchando desde hace mucho tiempo por el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimientos psíquicos o mentales. Con la promulgación de dicha ley, en el año 2010, lejos de terminarse esa lucha, comenzó una nueva: por su efectiva aplicación. Sin dudas, las instituciones del Estado tenemos todavía mucho trabajo por hacer. No sólo se trata de transformar una infraestructura institucional que durante siglos promovió el aislamiento, el encierro, la exclusión, la estigmatización, la discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de esas personas, sino también las lógicas y los sentidos desde los cuales se piensa y se concibe a la salud mental. Las lógicas manicomiales aún habitan en pequeños y grandes espacios de nuestra cotidianidad.

Gisela Untoiglich (2020) propone identificar ciertas prácticas socioculturales recurrentes sobre las infancias, a las que denomina *procesos de medicalización* y *procesos de patologización*. Podríamos decir que ambas comparten características del modelo médico hegemónico al que hemos hecho referencia.

Procesos de medicalización	Procesos de patologización
Consisten en:  -definir problemas de la vida en términos de trastornos y abordarlos como problemas <b>médicos</b> .  -Los problemas sociales, educativos, políticos, económicos y emocionales son concebidos y abordados desde un punto de vista biológico.  -Se ignora la responsabilidad de distintas instancias de poder que intervienen en esta conceptualización.	Consisten en:  -definir emociones y características inherentes a lo humano como la tristeza, la inquietud infantil, la timidez, la rebeldía adolescente, etc. como <b>patología</b> .  -Lleva a concebir como mórbidas y “anormales” ciertas particularidades de los sujetos. Éstos pasan a ser <b>enfermos</b> o potencialmente enfermos.

Generalmente estos procesos se presentan de manera conjunta. En el campo de la **salud mental**, estamos ante su presencia cuando:

- se busca una causa unívoca y determinista al padecimiento;
- impera un paradigma de normalidad-anormalidad;
- se tipifica al sujeto y se clasifica todo lo que le ocurre en función de esa nominación médica;

· La historia de ese sujeto, su presente y su futuro estarán atravesados por dicha categorización (Untoiglich, 2020: 29).

Por el contrario, para garantizar un abordaje sobre padecimientos en salud mental desde un enfoque de **derechos humanos**, tanto en la infancia y la adolescencia como en la adultez, debe tener primacía:

**A-** la **interdisciplinariedad** para su conceptualización, procesos de diagnosticación y tratamientos;

**B-** la **intersectorialidad** en el abordaje de sus problemas.

#### **A- Interdisciplina**

Para pensar esta categoría y sus alcances tomamos como referencia los aportes de Alicia Stolkiner (2021; 2005), quien propone pensar a la interdisciplina situándonos en un paradigma pos-positivista; es decir, trascendiendo el aislamiento y el cerramiento en sí mismos de los campos disciplinares. Implica reconocer la historicidad de dichos campos y por lo tanto la relatividad de los saberes, sin causalidades como regla y asumiendo un camino de comprensión de la complejidad. *“La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina”* (Stolkiner, 2021). Por lo tanto, la interdisciplina construye una mirada que ninguna especificidad tiene.

Existen distintas corrientes acerca de la interdisciplinariedad. Pero en todas ellas el marco de acción se inscribe en prácticas cooperativas. Hay que tener en claro que no es una mera yuxtaposición de saberes, ni un simple “encuentro” entre disciplinas. Implica:

- Un trabajo cooperativo sostenido.
- Estructurar dispositivos y métodos de funcionamiento.
- Construcción de un esquema conceptual común.
- Un posicionamiento ético-valorativo común.
- Hallar puntos de encuentro y de enlace entre los distintos campos de conocimiento.

Ante esto, nos preguntamos ¿qué lugar tienen los saberes no-disciplinares?

En la práctica, un equipo interdisciplinario no es verticalista: no hay jefatura sino coordinación. La función de esta coordinación es facilitar el diálogo en la toma de decisiones y del funcionamiento grupal. Pero ese *diálogo* entre distintos saberes, tiene un alcance mayor cuando involucra otros saberes, los no-disciplinares, y ahí es cuando hablamos de intersectorialidad.

Si concebimos a la salud mental como un “(...) proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos” (citado en el Módulo 1),

resulta ineludible plantear la interdisciplinariedad para su abordaje. *“Así como la salud mental es concebida como un proceso multidimensional de lo humano, su abordaje no puede ser monopolio de una disciplina única”* (Stolkiner 2021).

Sugerimos escuchar la siguiente conferencia de Alicia Stolkiner (2021) “Concepción integral de salud y cuidado: enfoques y prácticas disciplinares”:  
<https://www.youtube.com/watch?v=qxvldsPteeA&t=3744s>

## **B- Intersectorialidad**

El concepto de intersectorialidad guarda semejanzas con el de interdisciplinariedad, en tanto es un posicionamiento que constituye prácticas sociales, políticas y profesionales.

Así como en la vida cotidiana los problemas se presentan de manera “no disciplinada”, es decir, compleja, desordenada o “indisciplinada” (Stolkiner, 2021), también se presentan como problemas transversales a diferentes instituciones y sectores sociales. La escuela, el grupo familiar, el club, el centro de salud –y otros- son ámbitos y sujetos que intervienen a la hora de identificar y abordar situaciones complejas en las infancias y adolescencias. Allí es donde se manifiestan o emergen.

La construcción de estrategias que aborden los problemas vinculados a la salud, incluyendo salud mental, desde una perspectiva comunitaria, implica involucrar activamente a todos los sujetos e instituciones posibles que formen parte de la red de vínculos de esa persona. Este enfoque no es nuevo en nuestro país y cuenta con una amplia trayectoria también en América Latina. La atención primaria en salud (APS o AP) se basa en este tipo de prácticas. Es, por lo tanto, un enfoque integral (Stolkiner y Solitario, 2007).

La AP, y ya lo hemos analizado en varios trabajos (Menéndez 1982, 1985 a 1986, 1987), debe estar basada en el grupo familiar y la comunidad y debe constituir formalmente —como de hecho lo constituye— el primer nivel de atención. La práctica médica debiera operar como segundo y tercer nivel de atención. Esta propuesta no niega la práctica médica, ni romantiza a los conjuntos sociales (Menéndez, 1988: 10).

El primer nivel de atención es de suma relevancia porque allí se presentan de manera compleja las problemáticas sociales y subjetivas que constituyen a un sujeto. *“El sufrimiento psíquico de NNyA debe abordarse construyendo o reconstruyendo una red que contenga, que respete la singularidad y que promueva el lazo social”* (Res. CFE N° 425/22).

Por ello es de tal importancia que un abordaje que no se base exclusivamente en el saber médico –incluso, tampoco, en la exclusividad de otras disciplinas- sino que articule éste con saberes comunitarios y específicos de su entorno social y cultural. Esto forma parte de los principios de la APS (Menéndez, 1988).

### ***¿Salud mental o discapacidad?***

Existe una frontera a menudo confusa entre los usos de estos conceptos y las situaciones que involucran. Sin embargo, es preciso señalar que Argentina ratificó la **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, donde se explicitan derechos y conceptualizaciones.

Con respecto a la Modalidad EDyH, cuando se presente una situación de reposo domiciliario o de internación en efector de salud que requiera de nuestra intervención, se articulará con la modalidad de Educación Especial, para generar una estrategia conjunta, al igual que se realiza con cualquiera de las otras modalidades del sistema educativo. Por ejemplo, con la modalidad de Educación Permanente de Jóvenes y Adultos o de Educación en Contextos de Privación de la Libertad.

Por último, les dejamos algunas reflexiones para seguir pensando la compleja trama de la salud mental y la modalidad EDyH, junto a una conversatorio en el que participó Gisela Utoiglich, referente en torno a problemáticas de infancias y salud mental:

(...) el éxito del campo de la salud mental sería, paradójicamente, su extinción para quedar incorporado en prácticas integrales de salud. Por esa causa he afirmado, en más de una oportunidad, que la función del psicólogo en las prácticas en salud no es ocuparse de los problemas o patologías “mentales”, sino de la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad-atención (Stolkiner, 2005: 5).

Es indispensable profundizar el trabajo intersectorial para garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes la protección integral de sus derechos, sin que prevalezcan unos sobre otros. La indivisibilidad de los derechos humanos establece que estos son complementarios e inseparables, interrelacionados e interdependientes.” (Anexo Res. CFE N° 425/22).

La mirada integral acerca de la salud de las poblaciones, le posibilita a la Educación Domiciliaria y Hospitalaria, por su cercanía con los modos y estilos de vida de la gente, construir nuevos sentidos en relación al proceso de salud- enfermedad e interpelar el acto educativo propiamente dicho en su capacidad de intervención y transformación social. (Ministerio de Educación de la Nación, 2014: 34).

Recomendamos ver la intervención de Gisela Utoiglich en el Ciclo “La dimensión afectiva y el cuidado colectivo de la salud mental en las escuelas” organizado desde el Ministerio de Educación de Santa Fe en 2022: [https://www.facebook.com/MinEducacionSFe/videos/3374581816119462/?extid=CL-UNK-UNK-UNK-AN\\_GK0T-GK1C&mibextid=2Rb1fB](https://www.facebook.com/MinEducacionSFe/videos/3374581816119462/?extid=CL-UNK-UNK-UNK-AN_GK0T-GK1C&mibextid=2Rb1fB)



En el siguiente enlace vas a encontrar una carpeta de drive con parte de la bibliografía citada, para que puedas ampliar lo aquí expuesto:

[https://drive.google.com/drive/u/3/folders/1zhYTryqtaXHYV\\_aTE3qad6gsKqz0Wfk](https://drive.google.com/drive/u/3/folders/1zhYTryqtaXHYV_aTE3qad6gsKqz0Wfk)

## **Bibliografía citada**

- Bernales Oré, C. (2018) “El aprendizaje en niños hospitalizados con cáncer” en Educación: Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación. [Vol. 24 Núm. 1. Perú: Universidad Femenina del Sagrado Corazón .](#)
- Cerletti, Alejandro (2017) “¿Quién es el sujeto de la educación? Una mirada filosófica de la didáctica”. En *La potencia de pensar las prácticas*. El cardo N° 13, Paraná, UNER.
- Dussel, Enrique (1992). *1492 El encubrimiento del Otro. Hacia el origen del “mito de la Modernidad”*. Plural editores, La Paz.
- \_\_\_\_\_ (1996) *Filosofía de la liberación*. Bogotá: Editorial Nueva América.
- Gouldner, Alvin (1973) *La crisis de la sociología occidental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Menéndez, E. L. (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria” en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451-464.
- Romero, Francisco (2005) *Culturicidio : historia de la educación argentina (1966-2004)*. Buenos Aires: Librería de la Paz.
- Skliar, C. (2017) *Pedagogías de las diferencias*. CABA: Noveduc.
- Stolkiner, Alicia (2021) “Concepción integral de salud y cuidado: enfoques y prácticas interdisciplinarias” Conferencia organizada por Secretaría de Posgrado, Dirección de la Licenciatura en Trabajo Social y asignatura Trabajo Social y Construcción Disciplinar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales (FCJS) 22 de junio de 2021. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=qxvldsPteeA&t=3744s>
- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). “Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías” en D. Maceira (Comp.), *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121- 146). Buenos Aires: Paidós.
- Stolkiner, Alicia (2005) “Interdisciplina y salud mental” en IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. 7 y 8 de octubre, 2005. Posadas, Misiones.
- Untoiglich, G. (2022) “Construyendo convivencialidad en la diversidad” Ciclo *La dimensión afectiva y el cuidado colectivo de la salud mental en las escuelas*. Conferencia organizada por Ministerio de Educación de Santa fe, 30 de septiembre de

2022. URL: [https://www.facebook.com/MinEducacionSFe/videos/3374581816119462/?extid=CL-UNK-UNK-UNK-AN\\_GK0T-GK1C&mibextid=2Rb1fB](https://www.facebook.com/MinEducacionSFe/videos/3374581816119462/?extid=CL-UNK-UNK-UNK-AN_GK0T-GK1C&mibextid=2Rb1fB)

- \_\_\_\_\_ comp. (2020) *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación.* CABA: Noveduc.