

---

# TRANSDISCIPLINARIEDAD EN EL HOSPITAL DE DÍA

---

## Carmen Muñoz Arca

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica

Hospital de Día de Adultos de Martorell, Hermanas Hospitalarias Sagrado Corazón de Jesús, Martorell

cmunyo2.hsagratcor@hospitalarias.es

## Resumen

Propuesta de trabajo de equipo en el Hospital de Día de Adultos (HDA) bajo el paradigma de la trandisciplinariedad. Desde el reconocimiento de la interdependencia entre profesionales de las diferentes disciplinas, trabajar hacia generar espacios de construcción de los casos donde el protagonismo revierta en los pacientes. La propuesta sería concebir el caso como eje, motor y vector; el grupo como vida y el equipo como red de apoyo.

**Palabras clave:** Transdisplinariedad, equipo, Hospital de Día.

## Abstract

This is a proposal of teamwork at Day Hospital using the paradigm of trandisciplinarity. From the recognition of the interdependence between professionals of different disciplines, the aim is to work towards creating spaces for the construction of cases where protagonism return to the patients. The proposal is to conceive the case as axis, motor and vector, the group as life and the team as support network.

**Key Words:** Transdisciplinarity, team, day hospital.

## Introducción

El Hospital de Día de Adultos (HDA) de Martorell pertenece a la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y es un servicio concertado con el CatSalut, integrado en la Red de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. Con 15 años de existencia, es un recurso de acogida y tratamiento de los pacientes en crisis o emergencia de malestar psíquico; que vienen derivados desde unidades de atención intensiva y Centros de Salud Mental.

El HDA es un dispositivo afín a las líneas que priorizan las políticas del Plan director de Salud Mental y Adicciones, ya que permite: la flexibilidad, la promoción de derechos, la prevención de la exclusión y del estigma, la atención al paciente en vertiente de primera persona, la implicación de la familia desde el primer momento y el trabajo en red con otros servicios (sanitarios, sociales, mundo laboral, educación y justicia). (1)

Incluye unas variables que favorecen el consentimiento a la propuesta terapéutica:

- La voluntariedad,
- La compatibilidad con la vida diaria,
- La relativa proximidad al domicilio,
- El marco de flexibilidad de adaptación a la clínica de cada caso,
- La atención intensiva, la frecuencia y la duración,
- La disposición de una atención combinada entre lo individual, grupal y familiar,
- El desarrollo de la práctica clínica en equipo.

Permite observar:

- El modo de hacer en la vida diaria, en su estar a solas y en grupo.
- La diferencia entre la palabra y el acto.

- Cómo se formulan las demandas, cómo se hace cargo del malestar o cómo se rehúyen las ayudas.
- Cuál es la naturaleza de su angustia, como construye los síntomas y cuáles son las defensas que se pueden movilizar. (2)

Posibilita:

- Un clima de respeto a la particularidad.
- Darse un tiempo de espera, de conversación, de compañía y de diálogo.
- Estar con el paciente más allá de las visitas del despacho o de los grupos en las salas.
- Una atención que va más allá del diagnóstico y el tratamiento farmacológico.
- Un tiempo para la elaboración de los problemas.
- Comprender la configuración subjetiva del paciente, del contexto y plantear alternativas de recorrido terapéutico.

Por todo ello, a pesar de la gravedad de los casos que atendemos, las limitaciones institucionales y la dificultad propia de nuestra labor, el HDA podría considerarse un dispositivo privilegiado, tanto para la persona que acude, como para los profesionales que trabajamos en él. Nos permite observar, acompañar y tratar, con una mirada más cuidadosa, muchos aspectos de detalle que amplían los matices de la atención clínica. Y en particular como profesionales, el esfuerzo de confluir para establecer criterios comunes desde nuestros respectivos modelos disciplinarios.

## Concepto de transdisciplinariedad

La etimología del término transdisciplinar viene del prefijo latino **trans-** que significa "de un lado al otro", y de **-disciplina** que significa "digno, discípulo y doctrina"; doctrinas o saberes que pasan de un lugar a otro, que están en tránsito.

La transdisciplinariedad en Salud Mental significa un encuentro confluyente, integral, no fragmentado, entre las disciplinas que abordan la Salud Mental. Está orientada a prevenir, mitigar y tratar problemas de la vida psíquica de los pacientes, abarcando su complejidad.

El movimiento intelectual y académico denominado Transdisciplinar propone a los equipos que trabajan con personas, ir más allá del encuentro entre diferentes disciplinas. Implica superar la parcelación de saberes y la hegemonía de unos sobre otros y evitar el riesgo que el paciente pase de profesional a profesional, o de servicio en servicio, sin una atención adecuada. (3)

Existe un Centro de Estudios Transdisciplinar, un Manifiesto editado sobre la Transdisciplina, y diversas publicaciones. Edgar Morin, Basarab Nicolescu y Paulo Freire, entre otros, teorizan sobre cómo se hace compatible el encuentro entre diferentes discursos o paradigmas. (4)

"Volvemos entonces a la imperiosa necesidad de proponer, vivir, aprender y enseñar un pensamiento complejo, que vuelva a tejer las disciplinas como posibilidad de humanidad en completud; y que sólo de esta manera se vence las evidentes limitaciones y fragmentación del Sujeto separado de sí Mismo en la búsqueda del conocimiento". (5)

Respecto al trabajo en equipo en la Red de Salud Mental Comunitaria, podríamos pensar que se ha dado una evolución progresiva.

Hace unos años hablábamos de saberes mono-disciplinarios como disciplinas absolutas, estamentadas y estratificadas. Luego se apostó por el trabajo multidisciplinar en red; y posteriormente llegó la era de la interdisciplinariedad donde cada profesional asume la responsabilidad de su función y se pactan objetivos coincidentes. En todos estos modelos, los intentos de encuentro entre disciplinas pueden ser parciales o interrumpidos, y se corre el riesgo de que el paciente pase de especialista en especialista o de servicio en servicio, sin referentes, restando desapercibido, cortocircuitado o sin ser comprendido. Actualmente la apuesta del paradigma transdisciplinario implica una confluencia integrativa de los diferentes saberes, donde todos dialogan, discuten y establecen consensos poniendo el caso como eje. (6).

Así, todos los profesionales con sus bases teóricas: enfermería, monitoría ocupacional, psiquiatría, educación social, trabajo social y psicología; renuevan su discurso para tejer un camino, que se irá modificando a partir de los retos que incorpore el caso.

La concepción sobre la persona que sufre también sigue actualizándose. El paciente ya no es alguien pasivo, ni disminuido, ni desviado, a quien se deba restituir o reeducar para que vuelva a la normalidad, sino que es una persona vulnerable, en crisis, que necesita de condiciones, tiempo, tratamiento y acompañamiento para estabilizarse, conocerse y recuperarse.

La condición humana y el sufrimiento psíquico es materia sensible y compleja. Por lo tanto, se hace necesario el encuentro imbricado y cooperativo entre los diferentes especialistas para comprender y tratar el caso. Es preciso ser cuidadosos para no mantener resistencias internas a los cambios, ni perpetuar relaciones laborales jerarquizadas y verticalizadas, evitando posiciones herméticas.

cas para no reproducir praxis iatrogénicas, coercitivas o estigmatizantes.

A pesar del viraje de los últimos tiempos hacia el paradigma organicista, en la actualidad se tiende a concebir que los trastornos mentales tienen un componente etiológico multifactorial: biológico, intrapsíquico, relacional, social y ambiental. Es más, en la puesta en marcha del trabajo integrativo se está priorizando la inversión del orden bio-psico-social en: social-psico y bio. (7)

Para establecer el trabajo cooperativo, los profesionales de las diferentes disciplinas deben seguir principios de inteligibilidad y de racionalidad múltiple, así como para incluir la función del tercero, aceptar la ambivalencia y la interdependencia. La vida personal y social se va volviendo más acelerada, más tecnificada y más compleja en todas sus dimensiones y los profesionales que nos encontramos en los equipos de trabajo debemos entendernos. En la mayoría de situaciones existe respeto, colaboración, e intento de confluencia, aunque "hablemos idiomas diferentes".

Cualquier conocimiento contiene implícito el problema de la verdad, el error y el desconocimiento. La idea es tratar de transitar hacia modelos lógicos alternativos que permitan un flujo de transmisión de los saberes en diferentes niveles de realidad y una integración recíproca. En la época clásica, lo expresaríamos como la convergencia entre ciencia, ética y arte. (8)

## La transdisciplinariedad en el HDA

Dado que la realidad es poliédrica y compleja, proponemos construir nexos de unas disciplinas con otras, y practicar una ética de la verdadera conversación.

Transitando en relativizar o deconstruir ciertos parámetros como el diagnóstico, el pronóstico, la medicación; revisar medidas sobreprotectoras, reparadoras o protésicas (como las pensiones y la invalidez); y tener presente la lógica de "no hacer por el paciente sin el paciente." Reformular nuestro lugar de saber-poder, estatus, competencias,... en beneficio de los pacientes; probablemente unos profesionales deben perder verticalidad y otros inhibición.

Conviene la revisión y reformulación de las estructuras de cada disciplina mientras tejen lazos con las otras. Mover fronteras entre disciplinas no tiene porqué debilitarlas sino que las puede enriquecer con nuevos elementos y alternativas que amplifiquen la visión del caso; una disciplina avanza cuando sopesa un discurso diferente. El rigor de un saber radica en su no desentendimiento de los demás. Resulta imprescindible la disponibilidad de los profesionales implicados, que se generen espacios para la disensión, la deconstrucción, la destitución y la reinención, ya que el saber es dialéctico. La destitución no implica una pérdida de la función sino la apertura a un saber nuevo. (9)

Si podemos atravesar la pérdida del ideal de completud, podemos abrir nuevas perspectivas sobre el caso. Cuando nos centramos en el paciente, caso a caso, siempre quedan enigmas. Los enigmas del caso se conciben como una falta inherente, la idea de algo del caso que siempre queda por des-

cubrir; este vacío se puede leer en positivo, ya que hace mantener la sorpresa, como motor de búsqueda, e impulsa el trabajo cooperativo.

## Una propuesta transdisciplinar

El dispositivo de la HDA se presenta como un lugar para apoyar a los pacientes en crisis. No se promete la curación, se busca cierta estabilización como parte de un recorrido; los efectos terapéuticos vienen por añadido. Pasar por el HDA implica un poner sobre la mesa y poner orden; dar lugar a un proceso de regulación y de recuperación.

Bajo el paradigma transdisciplinar, cada profesional del equipo participa vertiendo su visión, impresión, hipótesis, incorporando novedades, tejiendo propuestas, pero manteniendo interrogantes que hagan de motor. La puesta en común es continua, pero la intervención es individual. Cada profesional interviene desde su función, con su propio saber, con su estilo y su táctica, pero la estrategia es de conjunto y corresponde a la lógica común establecida en la orientación del tratamiento. (10)

La propuesta transdisciplinar implicaría concebir el caso como eje, motor y vector; el grupo como vida y el equipo como red de apoyo. Y sólo es posible si hay reconocimiento de la interdependencia entre profesionales y si hay disponibilidad para generar un espacio de construcción de los casos donde el protagonismo revierta en los pacientes.

El equipo que trabaja cohesionado, en continua conversación, de forma transversal y corresponsable, funciona como una isla donde el paciente puede apoyarse, como un ente propio con función de agente terapéutico. (11)

Nuestro encargo no es fácil, debemos acoger, escuchar y tratar a personas que sufren, cuando su malestar les ha provocado una disrupción vital. Nos es preciso configurar un espacio de acogida sin prejuicios psicopatológicos, ni socioculturales, donde cada sujeto pueda encontrar un lugar donde depositar sus producciones y testimonios respecto su malestar, su historia y sus avatares de vida. Pero en equipo no estamos solos ante esta circunstancia, entre todos generamos una cohesión que crea una atmósfera, un clima que se contagia al grupo de pacientes. Este clima-atmósfera hace operar al equipo como un "otro de contraste", de diferencia, que despierta un efecto de novedad y de respeto, en tanto se muestra como no completo, discreto y regulado. (12)

El equipo es de varios y es mutante, van apareciendo figuras que producen el efecto de destitución, un miembro del equipo descompleta al otro (efecto que alivia al paciente en crisis porque el otro no es omnipotente ni invasivo). La humildad del trato facilita la implicación del paciente hacia su responsabilidad, facilita la comunicación y la aportación de algo propio. Así pues, hay que saber no saber. Tomamos la postura de tomar nota atenta, continuada, lo que tiene que decir el paciente, como si fuéramos su secretario o su aprendiz; sostenemos las sorpresas y esperamos a que la palabra, los síntomas y las incidencias del paciente hagan de guía.

En grupo se genera un clima de vida. El grupo humaniza, nos permite el vínculo, nos hace sentir que no estamos solos y nos abre a experiencias nuevas. En el grupo, el malestar subjetivo se disuelve en parte para hacer posible la convivencia con los demás. (13)

## Conclusiones

La apuesta por la transdisciplinariedad implica que los conocimientos diversos sobre las personas afectadas de psicopatología transiten, se vuelquen en un espacio común, integrativo, confluyente y con carácter constructivo y creativo en el equipo de trabajo.

La transdisciplinariedad no es un método, es una experiencia que hay que inventar cada vez, no se puede protocolizar, porque se inhibiría la responsabilidad y la creatividad de cada miembro del equipo y de la esencia particular que brinda cada grupo. El perfil de los pacientes va cambiando, la expresión sintomática también varía, ahora son más jóvenes, más diversos; es necesario que estemos dispuestos a los cambios. ¿Podremos?

- ¿Nos moveremos de la comodidad del despacho, de la seguridad de la bata?
- ¿Trabajaremos en equipo hacia la idea de construcción del caso?
- ¿Nos autorizamos a intervenir con espontaneidad, sin inhibiciones, sostenidos en el ejercicio riguroso de la función, y en los pactos de equipo consensuados?
- ¿Mantendremos el rigor de nuestra praxis, nuestra ética y nos continuaremos formando?
- ¿Facilitaremos que la transferencia de los pacientes a los profesionales fluya y sea respetada?
- ¿Estaremos dispuestos al error, a disentir y a no saber?
- ¿Procuraremos no racionalizarlo todo, dando lugar a la sorpresa?

El cambio de paradigma es lento, atrevernos a recorrer los caminos de su incertidumbre es nuestra aventura.

## Referencias bibliográficas

- (1) Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya, [https://www.diba.cat/c/document\\_library/get\\_fileuuif-53146bf9-8091](https://www.diba.cat/c/document_library/get_fileuuif-53146bf9-8091). Archivo PDF
- (2) Alvarez JM, Estéban R, Sauvagnat F. Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Madrid, Síntesis (ed); 2004.
- (3) Morin E. Introducción al Pensamiento Complejo. España, Gedisa (ed); 1990.
- (4) Morin E. La Vía: Para el futuro de la Humanidad. España, Paidós (ed); 2011.
- (5) Nicolescu B. Manifiesto por la transdisciplinariedad. Convento Arrábiga en Portugal. Mónaco, Du Rocher (ed); 1996.
- (6) Sotolongo PL, Delgado CJ. La complejidad y el diálogo transdisciplinario de saberes. En: La revolución contemporánea del saber y la complejidad social. Buenos Aires, CLACSO (ed); 2006. Cap. IV, págs.65-77. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/soto/Capitulo%20IV.pdf>
- (7) Stolkiner A. Interdisciplina y salud mental. Presentación en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental Argentina; 2005.
- (8) Eco U. La definición del Arte. Barcelona, Destino (ed); 2005.
- (9) Foucault M. La arqueología del saber. Buenos Aires, S.XXI (ed); 2009.

- (10) Ubieto JR. El saber como producción colectiva. Modelos de trabajo en red. Rev. Educación social, núm36 pp. COPC, Barcelona; 2012.
- (11) Ubieto JR. La construcción del caso en el trabajo en red. Barcelona. 2000 Disponible en: <http://www.copc.org/informacio/materials/once.asp>)
- (12) Vilà F. El tratamiento del trastorno de la personalidad en un Servicio Médico-Educativo. Variaciones de la práctica entre varios. En Conversación clínica: Presencia de la institución en la clínica. Barcelona: ICF; 2003.
- (13) Di Ciaccia A. A propósito de una práctica-entre-varios. Intervención pronunciada en la Rencontre PIPOL, del 20 junio 2003 en París, en la sección RI3. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/104719152/la-practica-entre-varios-Antonio-Di-Ciaccia>.