

La Interconsulta en el Ámbito de la Musicoterapia en Medicina

Virginia Tosto

Universidad de Buenos Aires

Universidad Nacional de Tres de Febrero

virginiatosto@gmail.com



ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines
(ISSN 2718-6199)

<http://revistas.unlp.edu.ar/ECOS>

ECOS es una publicación de Cátedra Libre Musicoterapia (UNLP)

Fecha de correspondencia:

Recibido: 10/09/2019; Aceptado: 20/09/2019

Todas las obras de ECOS están bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Puede copiarla, distribuirla y comunicarla públicamente siempre que cite su autor y la revista que lo publica (ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines) agregando la dirección URL y/o el enlace de la revista. No la utilice para fines comerciales y no haga con ella obra derivada.

Cómo citar

Tosto, V. (2019). . La Interconsulta en el Ámbito de la Musicoterapia en Medicina. *ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, 4(1), 56-70

Resumen

En este trabajo se propone una reflexión acerca de la interconsulta, considerándola como la práctica mediante la cual los miembros de un equipo de salud plasman la perspectiva interdisciplinaria sobre la actividad clínica. Nuestra atención se centra en las características de especificidad disciplinar y en la precisión del vocabulario como notas esenciales de la información requerida para que la interconsulta se conforme como una actividad valiosa. Se reconoce el valor de contar con nociones provenientes de la lógica y del análisis del discurso para abordar la cuestión de la especificidad disciplinar. Se entiende que el análisis de los argumentos con los que los musicoterapeutas justifican la implementación de estrategias puede mostrar falacias de apelación a la autoridad (de una teoría o de un colega prestigiosos en la comunidad profesional), el grado de rigurosidad al aceptar premisas mayores y la fuerza de los indicios que se emplean para establecer analogías, correlatos o correspondencias. Para la utilización de un vocabulario disciplinar que posea precisión, se reconocen condicionamientos: la explicitación del lugar que la Musicoterapia ocupa dentro de la organización institucional, contar con información actualizada acerca del ámbito de aplicación y conocer cabalmente el plan de tratamiento para el paciente. Por último, se propone que sería un error pensar que la elucidación de las problemáticas enunciadas es exclusivamente una responsabilidad individual de cada musicoterapeuta. Muy por el contrario, se plantea que ellas son propias de los ámbitos de las casas de formación, las asociaciones y los colectivos que nuclean a profesionales y estudiantes.

Palabras claves: interdisciplina, comunicación, inferencias, vocabulario, especificidad.

Abstract

This paper proposes a reflection on consultation, considering it as the practice through which members of a health team capture the interdisciplinary perspective on clinical activity. Our attention is focused on the disciplinary specificity and precision of the vocabulary as essential notes of the information required for the consultation to form itself as a valuable activity. The value of having notions from logic and discourse analysis to address the issue of disciplinary specificity is recognized. It is understood that the analysis of the arguments with which music therapists justify the implementation of strategies can show: a) fallacies on the appeal to the authority (of a prestigious theory or colleague in the professional community), b) the degree of rigor in accepting major premises, and c) the strength of the clues that are used to establish analogies, correlates or correspondences. The following conditions are recognized for the use of a disciplinary vocabulary that possesses precision: to explain the place that Music Therapy holds within the institutional organization, to have updated information about the field of applying, and to fully know the treatment plan for the patient. Finally, it is proposed that it would be a mistake to think that the elucidation of the problems stated is exclusively an individual responsibility of each music therapist. Quite the contrary, it is stated that they should be a concern of educational institutions, associations, and groups that bring together professionals and students.

Keywords: interdiscipline, communication, inferences, vocabulary, specificity.

Introducción

La progresiva integración de la Musicoterapia al campo de las Ciencias de la Salud invita a reflexionar sobre aspectos de la práctica profesional que no tienen como principal interés la preocupación por la eficacia del abordaje o por las formas de articulación entre teorías y metodologías propias de la disciplina. La interconsulta es uno de ellos.

Interconsulta e interdisciplina son dos caras de una misma moneda. La interdisciplina, considerada como la vinculación de campos de saberes distintos entre sí, pero convocados a una tarea común, tiene lugar, se hace concreta y visible, en las interconsultas que realizan los miembros del equipo de salud, sean éstos profesionales o no, muchas veces en forma espontánea, no organizada y no registrada como actividad del trabajador (Montero Ruiz et al., 2014).

Algunos autores (Stolkiner, 1999) han pensado a los equipos interdisciplinarios en términos de las relaciones de poder que se establecen entre sus integrantes, sobre todo, entre los médicos y no médicos, y han tenido en cuenta especialmente cómo dichas relaciones influyen en la toma de decisiones vinculadas con la atención de los pacientes.

Consideramos que esta perspectiva puede dejar anclado el análisis en las polaridades jefe/subordinado, o profesionales clase A y B, que esconden los problemas que todos tienen para alcanzar la mejor calidad en la asistencia.

Otros autores (Montero Ruiz et al., 2014) proponen pensar la interconsulta en clave de cooperación, para la cual es relevante el proceso de comunicación entre los distintos niveles implicados (profesionales, pacientes, institución, contexto). Así, se comprende mejor que Shires & Hennen (1983) definan a la interconsulta como *“la comunicación entre dos personas con diferentes áreas de experiencia”*.

Desarrollo

La interconsulta médica. Las razones habituales para que los profesionales de la salud soliciten una interconsulta se nuclean alrededor de: a) la evolución no satisfactoria de la enfermedad que aqueja al paciente; b) las problemáticas vinculadas con enfermedades potencialmente fatales o de mal pronóstico; c) la necesidad de un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad y d) la necesidad de un enfoque multidisciplinario para el mejor tratamiento del paciente.

La premisa que fundamenta todo pedido de interconsulta es que al profesional de la salud se le plantea un problema que no puede resolver por sí solo. El supuesto es que la cooperación de otros miembros del equipo permitirán resolverlo, con mayor eficiencia y con una reducción de costos para el paciente y para la institución (sea ésta del sector público, privado o mixto).

La comunicación entre los distintos niveles implicados es condición necesaria para que la interconsulta efectivamente se realice, y plantea algunas cuestiones interesantes para el análisis. Por ejemplo, aquella que ocurre cuando se espera que el solicitante de la interconsulta (médico) detecte con precisión el problema que no puede resolver y formule en forma clara su pedido. Lo que suele suceder con frecuencia es que el solicitante no hace una pregunta clara (porque no puede), algunos miembros del equipo interdisciplinario pueden no responder a la cuestión planteada (porque no entienden la solicitud de interconsulta) y las recomendaciones dadas se ignoran o califican como inapropiadas, o no llegan a tiempo (Montero Ruiz et al., 2014).

Así puede ser la interconsulta médica: un lugar difícil de transitar, de frustración, de impotencia. Y cuánto más de esto sucede cuando los médicos recurren a consultar a otros profesionales, no médicos, o a miembros del equipo de salud provenientes de las

artes o de la educación, no profesionales pero idóneos para el cumplimiento de los objetivos del tratamiento.

Lenguajes diferentes, diferentes conceptualizaciones acerca de los síntomas, nociones divergentes en lo que respecta a lo saludable y a lo patológico, y condicionamientos impuestos por la institución y el contexto que los afectan en distinto modo. Todo ello está más o menos explícito en los equipos interdisciplinarios, afectando la práctica clínica de cada uno de sus integrantes.

El lugar de la interconsulta en la práctica clínica musicoterapéutica.

Podemos pensar este apartado desde algunos interrogantes: ¿cuáles son las respuestas que el musicoterapeuta puede dar a la interconsulta solicitada por un colega no musicoterapeuta?, ¿cuáles son los saberes específicos de nuestra disciplina que pueden coadyuvar al mejor tratamiento de un paciente?, ¿cuáles son los términos adecuados para comunicarlos?

La especificidad disciplinar. Con respecto a la pregunta por la especificidad disciplinar, una primera formulación para esta respuesta se ubicaría alrededor de las *inferencias clínicas* que se pueden realizar a partir de la participación de los sujetos en las experiencias musicales. Es en la explicitación de dichas inferencias que se vislumbran los nexos entre las teorías y las prácticas profesionales musicoterapéuticas.

Recordemos que, en términos muy generales, podemos construir inferencias mediante razonamientos deductivos e inductivos.

En nuestra disciplina contamos con enunciados de cierto nivel de generalización (premisas mayores en los razonamientos deductivos) que se utilizan en la práctica para justificar la implementación de estrategias y de recursos terapéuticos.

En términos de lo que ocurre en una sesión de musicoterapia clínica, un ejemplo de razonamiento deductivo sería el que sigue, teniendo como referencia el perfil de

variabilidad para el análisis de las improvisaciones musicales propuesto por Bruscia (1999, p.266):

La premisa mayor: Toda improvisación sonoro-musical muestra la tendencia de las personas a mantener o a cambiar las situaciones a lo largo del tiempo.

La premisa menor: Soledad realiza una improvisación sonoro-musical.

Conclusión: La improvisación sonoro-musical de Soledad muestra su tendencia a mantener o a cambiar las situaciones a lo largo del tiempo.

Otro ejemplo de una premisa mayor: “El trabajo en musicoterapia posibilita ejercitar funciones cognitivas en un clima de afectividad melódica”. La aplicación de la regla al caso se lee en lo que sigue:

en nuestra experiencia, hemos trabajado estimulando el ejercicio de la memoria reciente a través de recursos sonoros, por ejemplo, a través de ejercicios de ecos rítmico-melódicos vocales, donde nos planteamos el objetivo específico de mantener la atención y la capacidad de reproducir secuencias vocales, ejercitando estas funciones cognitivas en el contexto de una situación grupal terapéutica, que resulte aseguradora (Caffarel, Immediato & Sofía, 2001, p. 15).

Una premisa como la que se transcribe a continuación fundamenta su valor de verdad en la adscripción a una teoría que goza de prestigio en la comunidad profesional.

En este caso se trata de la teoría psicoanalítica:

La voz en tanto tal, está en un límite, en el borde entre el psiquismo y el cuerpo. Es decir, la pulsión es desde Freud un concepto límite. Para la musicoterapia, la voz se instala como doble vía funcional entre el cuerpo y la representación (Sidelnik, 2001, p. 25).

Además de la adscripción a una teoría prestigiosa, existen otros criterios que se utilizan para justificar la formulación de premisas y otorgarles valor de verdad. Uno de ellos es el criterio de autoridad.

“El piano tiene tendencia a producir la introversión y el aislamiento”, formulado por Benenzon (Betés de Toro, 2000, p. 336), *“la experiencia musical puede trascender el código cultural y verbalmente organizado, transformado en música”*, de Ruud (p. 358) y la música *“podía ella sola producir un estado alterado de la conciencia”*, de Bonny (p. 352), son todos enunciados que pueden ocupar el lugar de premisas mayores en la implementación de un tratamiento musicoterapéutico, al haber sido formulados por referentes teóricos del campo disciplinar.

La apelación a la estadística como criterio para otorgar valor de verdad a una premisa no es, por el momento, utilizada con frecuencia por los musicoterapeutas. Una de las razones que explican este hecho es que el tratamiento estadístico de los datos clínicos se ve dificultado por el pequeño número de casos que integran las muestras sobre las que se realizan los estudios de investigación.

En tanto, para las premisas menores, las que enuncian el caso, el valor de verdad descansa en la idoneidad del profesional que evalúa la condición del paciente, y en su pericia para la realización de inferencias deductivas.

Recordemos que la deducción no nos dice si las premisas son efectivamente verdaderas, sólo que a partir de ellas se puede inferir la conclusión con absoluta certidumbre, independientemente de otra información con la que contemos (Rodríguez de Romo, Aliseda, & Arauz, 2008).

Nos encontramos aquí con un fértil campo para plantear investigaciones en Musicoterapia alrededor de la pregunta por el valor de verdad de aquellos enunciados

que utilizamos para justificar el abordaje. El análisis de la literatura deja ver que no siempre se encuentra explicitado el criterio para establecer dicho valor y que, en ocasiones, son enunciados hipotéticos los ocupan su lugar.

En cuanto a los razonamientos inductivos, los mismos se hacen presentes en la clínica con la forma de correlatos, correspondencias o analogías que, en términos generales afirman que de la conjunción de ciertas propiedades en cierto número de casos se puede inferir la conjunción de las mismas propiedades en otro caso distinto, o que los fenómenos en un área del comportamiento o de la personalidad de un sujeto se encuentran relacionados con otra área.

A medida que Marcela evolucionaba en relación con su desempeño musical, el cual le confería cierto status en el grupo, también podían advertirse otros cambios en su personalidad. A medida que iba ampliándose la tesitura de su voz, lo hacía su repertorio de acciones tendientes a la interrelación (Butera, 2001, p. 20).

En este trabajo, además, el musicoterapeuta realiza un paralelismo entre la letra de la canción y la historia de vida de la paciente.

El razonamiento inductivo es sintético o ampliativo, puesto que lo que se dice en la conclusión no estaba previamente explicitado en las premisas. Los enunciados que expresan inferencias inductivas se caracterizan por expresar probabilidad y sólo es posible afirmar la conclusión de dichos razonamientos en esos términos (Rodríguez de Romo, Aliseda & Arauz, 2008, p. 147).

El vocabulario disciplinar. En el intento de responder a la pregunta por los términos adecuados para comunicar la especificidad disciplinar, tendremos en cuenta al menos cuatro condicionamientos.

Primeramente, es importante explicitar cuál es *el lugar* que la Musicoterapia ocupa dentro de la organización institucional o del equipo interdisciplinario, pues es allí adonde se dirigirá la pregunta y es desde allí que deberemos responderla. Esta relación de pertenencia va a sesgar la práctica profesional en cuanto a los objetivos que se pretendan alcanzar, al tipo de intervención que nos sea requerida, la clase de evaluación y los datos que se nos soliciten, al tipo de interconsulta al que deberemos responder.

Lo segundo, es tener la *información apropiada* para atender a las necesidades que se presentan habitualmente en el ámbito en el que nos desempeñamos. Nos referimos a la información actualizada sobre el campo de aplicación: metodologías utilizadas, instrumentos de recolección de datos y de evaluación de la práctica, entre otros, evitando las formulaciones vacías de contenido. Por ejemplo: mejorar la calidad de vida, trabajar con los vínculos y trabajar con el significado que la enfermedad tiene para el paciente y su familia, son objetivos que suelen aparecer en los planes de tratamiento de Musicoterapia. No están mal, sólo que se requiere precisar qué suponemos que quiere decir cada uno de ellos en los contextos en los que trabajamos.

Con respecto a los *objetivos* de tratamiento, está claro que nuestro trabajo es diferente al realizado por los psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y otros miembros del equipo de salud. Nuestros abordajes son diferentes, pero también lo son los grados en los que alcanzamos estos objetivos. Como ejemplo de ello: no es ni el mismo modo ni la misma profundidad la que alcanza el psicólogo trabajando con un paciente acerca del significado que la internación tiene para él, que la que obtenemos nosotros.

No lo es, aunque a veces la implicación de los sujetos en las experiencias musicales nos sorprenda. Y no lo es, también, porque el paciente espera del musicoterapeuta y del psicólogo cosas diferentes y, por lo tanto, se entrega de modo

diferente al vínculo terapéutico. Finalmente, no lo es porque tenemos formaciones universitarias que nos preparan para hacer intervenciones que se direccionan hacia aspectos distintos de los procesos de los procesos de salud y enfermedad.

Pero, habiendo reconocido la importancia de tener en cuenta los condicionamientos antes mencionados para la comunicación con los integrantes de los equipos de salud, y reconociendo la necesidad de contar con un vocabulario más preciso, la pregunta por la especificidad disciplinar persiste: ¿cuál es la información que podemos entregar al equipo de salud para mejorar la asistencia brindada a un paciente o grupo de pacientes?

Entendemos que para responder a este interrogante adquiere carácter de necesidad la tarea de analizar críticamente los argumentos mediante los cuales comunicamos las prácticas profesionales: cuándo estamos apelando a la autoridad (de una teoría o de un colega que goza de prestigio en la comunidad profesional), cuán rigurosos somos a la hora de aceptar premisas mayores, cuál es la fuerza de los indicios que empleamos para establecer analogías, correlatos o correspondencias.

Habiendo realizado esa tarea de análisis, la información que la Musicoterapia puede aportar a los equipos interdisciplinarios (o aquella con la que el musicoterapeuta responde a una solicitud de interconsulta) es la que resulta de las inferencias clínicas que pueden realizarse a partir de la implicación del paciente en las experiencias musicales.

El papel de las expectativas en la interconsulta. El rol, la función y la competencia que un individuo desempeña dentro de un equipo que atiende a la salud de la población están delineados de acuerdo con los roles que corresponden a los demás integrantes de dicho equipo, y son parte integral de una representación social compartida.

En términos generales, el trabajo en un equipo de salud es considerado por sus integrantes como importante, aunque difícil. Es percibido como una manera de dividir responsabilidades y de alcanzar más rápidamente la recuperación y la salud del paciente y es visto como una fuente de aprendizaje, por permitir el contacto con otras experiencias a través del diálogo profesional y de las discusiones de casos (da Costa Saar, 2007).

Los miembros de un mismo equipo están unidos por una relación de dependencia recíproca y en él, cada uno de los integrantes debe hacer explícita la caracterización del rol que va a ocupar, de modo que todos los demás participantes pueden hacer una tarea de ajuste entre las propias expectativas y aquello efectivamente propuesto por el otro.

¿Qué pueden esperar de los musicoterapeutas y de la Musicoterapia los otros miembros del equipo de salud? ¿Ante qué situaciones el resto de los profesionales nos reconoce como “saber especializado”? ¿Qué representaciones de la profesión se perciben en el imaginario institucional? ¿Cuándo estaríamos de acuerdo en que otro profesional nos convoque? ¿Con qué plazos? ¿De qué forma? Y en todo caso, ¿cómo se debería entonces operativizar a dicho proceso a fin de cumplir con nuestros requisitos?

Las respuestas a estas preguntas requieren de una tarea previa, que es la de formular lo más claramente posible los criterios de derivación a Musicoterapia para cada una de las áreas clínicas.

Se trata, también, de proveer a los demás miembros del equipo interdisciplinario y a los administradores de los lugares de trabajo la información sobre la eficacia de la Musicoterapia en términos accesibles para ellos. El objetivo es proporcionar respuestas a preguntas que pueden formularse, y que son de su legítimo interés: ¿En qué ámbito de aplicación se puede trabajar (edad, diagnóstico, grupos)?, ¿cómo son evaluadas las

personas que son derivadas a Musicoterapia?, ¿con cuántas personas se puede trabajar y en qué forma (individual / grupal)?, ¿qué recursos se utilizan?

En este punto, conviene que los musicoterapeutas tengamos presente las incumbencias que se establecen en las normativas que regulan el ejercicio profesional. En el caso de la ley nacional de ejercicio profesional de la Musicoterapia, en su artículo 6° se establecen las siguientes incumbencias:

- Actuar en la promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y de la comunidad a partir de las experiencias con el sonido y la música;
- Emitir los informes que desde la óptica de su profesión contribuyan a elaborar diagnósticos multi o interdisciplinarios;
- Implementar o supervisar tratamientos de musicoterapia;
- Realizar estudios e investigaciones dentro del ámbito de su competencia;
- Dirigir, planificar, organizar y monitorear programas de docencia, carreras de grado y de posgrado en musicoterapia;
- Realizar actividades de divulgación, promoción y docencia e impartir conocimientos sobre musicoterapia a nivel individual, grupal y comunitario;
- Efectuar interconsultas con otros profesionales de la salud;
- Efectuar y recibir derivaciones de y hacia otros profesionales de la salud, cuando la naturaleza del problema así lo requiera;
- k) Participar en la definición de políticas de su área y en la formulación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de planes y programas de salud dentro del ámbito de su competencia.

Las interconsultas, pensadas como actividades basadas en la comunicación y la cooperación, permiten que los musicoterapeutas también podemos plantear preguntas,

esta vez dirigiéndolas a los demás integrantes de los equipos de salud: ¿qué podemos esperar de cada uno de ellos?, ¿Cuál es su “saber especializado”? ¿Qué representaciones imaginarias tenemos de su profesión y de la disciplina en la que se han formado? ¿Cuándo estaríamos de acuerdo en convocarlos? ¿Con qué plazos? ¿De qué forma?, ¿Cuál es la información que podemos y debemos requerirles?

Conclusiones

Pensar a la interconsulta desde la perspectiva de la comunicación y la cooperación, sin dejar de reconocer que existen otros puntos de vista para la comprensión de dicha práctica, nos ha llevado a dirigir la atención sobre las características que debería tener la información que los integrantes de los equipos de salud tienen sobre la Musicoterapia. Entre otras, la precisión y la especificidad se destacan como notas esenciales.

Con el auxilio de nociones provenientes de la lógica y del análisis del discurso es posible plantear de un modo fructífero las preguntas que giran alrededor de la noción de especificidad disciplinar o lo que, con otras palabras, suele llamarse la “lectura musicoterapéutica”. Entendemos que estas nociones pueden contribuir a que la discusión tenga lugar empleando términos más precisos, útiles para dotar de sentidos a expresiones que muchas veces funcionan como fórmulas vaciadas de contenidos.

Sin lugar a dudas, el análisis de las inferencias, en especial de aquellas derivadas de argumentos del tipo deductivo e inductivo, es una tarea que no se puede soslayar cuando se piensa en los razonamientos con los que justificamos las intervenciones clínicas.

Pero entendemos que sería un error pensar que la elucidación de las problemáticas que aquí se han presentado es exclusivamente una responsabilidad

individual. Muy por el contrario, podríamos reconocer que ellas son propias de los ámbitos de las casas de formación, las asociaciones y los colectivos que nuclean a profesionales y estudiantes.

Referencias

- Betés de Toro, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. España: Ediciones Morata.
- Bruscia, K. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. España: Agruparte y autor.
- Butera, C. (2001). *Marcela: de la melancolía a la tristeza*. En Actas del VII Foro Rioplatense de Musicoterapia y III encuentro de musicoterapeutas argentinos, brasileños y uruguayos. Uruguay.
- Caffarel, L., Immediato, E., & Sofía, C. (2001). *Reflexiones sobre la musicoterapia con viejos a partir de una experiencia de equipo*. En Actas del VII Foro Rioplatense de Musicoterapia y III encuentro de musicoterapeutas argentinos, brasileños y uruguayos. Uruguay, pp.14-18.
- da Costa Saar, S. & Trevizan, M. (2007). Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visao de seus integrantes. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 15 (1). doi: 10.1590/s0104-11692007000100016
- Ley 27153. Ejercicio profesional de la musicoterapia. Decreto 603/2016. Reglamentación de la ley 27153. Resolución 137-E/2017.
- Montero Ruiz, E., Rebollar Merino, Á., Melgar Molero, V., Barbero Allende, J.M., Culebras López, A. & López Álvarez, J. Problemas en la transmisión de información durante el proceso de la interconsulta médica hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial* 2014; 29 (1): 3-9. doi:10.1016/j.cali.2013.04.004
- Rodríguez de Romo, A., Aliseda, A., & Arauz, A. (2008). Medicina y lógica: el proceso de diagnóstico en neurología. *Ludus Vitalis*, XVI(30), 135-163.
- Rolvjord, R. (2015) What clients do to make music therapy work: A qualitative multiple case study in adult mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(4), 296-321, doi: 10.1080/08098131.2014.964753.
- Ruud, E. (1992). *Los caminos de la Musicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Bonum.

- Ruud, E. (2005). Philosophy and theory of science. En B. Wheeler, Music Therapy Research (second edition). USA: Barcelona Publishers.
- Shires, D., & Hennen, B. (1983) Medicina familiar. 1ª ed. Ciudad México: Mc Graw-Hill, 325-36.
- Sidelnik, R. (2001). *La joven que escondió el si bemol*. En Actas del VII Foro Rioplatense de Musicoterapia y III encuentro de musicoterapeutas argentinos, brasileños y uruguayos: Uruguay.
- Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista Campo Psi-Revista de Información especializada*,3(10).
- Stolkiner, A. (1999). Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o como producto. *Revista Campo Psi- Revista de información especializada*, 3 (11).