

Interculturalidad e interdisciplina: experiencia de trabajo en un hospital pediátrico de alta complejidad.

Gonza, Fabio Abel.

Cita:

Gonza, Fabio Abel (2025). *Interculturalidad e interdisciplina: experiencia de trabajo en un hospital pediátrico de alta complejidad*. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/610>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/Cab>

INTERCULTURALIDAD E INTERDISCIPLINA: EXPERIENCIA DE TRABAJO EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Gonza, Fabio Abel

Hospital de Pediatría “Dr. J. P. Garrahan”. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente escrito surge del entrecruzamiento entre la formación en pediatría social y la práctica diaria en salud pública en el servicio de Salud Mental de un hospital que recibe a niños, niñas y adolescentes de diferentes partes del país y de países aledaños. Se plantea como objetivo poder leer en la práctica pediátrica cómo emerge la interculturalidad en el trabajo interdisciplinario, en pos de pensar abrir horizontes hacia un abordaje integral de la salud. A través de viñetas clínicas se reflexiona en torno al trabajo interdisciplinario, destacando que, al incluir la escucha, se introduce una dimensión de hospitalidad en el acto en salud. Permitiendo pensar la tensión irreducible entre el saber disciplinario que se utiliza como herramienta y el reconocimiento de que éste muchas veces es insuficiente y no necesariamente alberga la respuesta. Momento en el cual es posible dar lugar al Otro, desde la interculturalidad y/o desde la interdisciplina.

Palabras clave

Interculturalidad - Interdisciplina - Hospital - Pediatría

ABSTRACT

INTERCULTURALITY AND INTERDISCIPLINE: WORK EXPERIENCE IN A HIGHLY COMPLEXITY PEDIATRIC HOSPITAL

This paper arises from the intersection between training in social pediatrics and daily practice in public health in the Mental Health service of a hospital that receives children and adolescents from different parts of the country and neighboring countries. The objective is to be able to read in pediatric practice how interculturality emerges in interdisciplinary work, in order to think about opening horizons towards a comprehensive approach to health. Through clinical vignettes, interdisciplinary work is reflected, highlighting that, by including listening, a dimension of hospitality is introduced in the act of health. This allows us to think about the irreducible tension between the disciplinary knowledge that is used as a tool and the recognition that it is often insufficient and does not necessarily contain the answer. Moment in which it is possible to give rise to the Other, from interculturality and/or from interdisciplinarity.

Keywords

Interculturality - Interdiscipline - Hospital - Pediatrics

INTRODUCCIÓN

Trabajar en un centro pediátrico de referencia en salud pública, gratuita y de alta complejidad para la Argentina y varios países de Latinoamérica, impulsa a pensar el ejercicio de la psicología clínica pediátrica en un contexto en el cual las diferencias culturales están presentes. Desde la atención de una urgencia en la guardia hasta el seguimiento de una consulta en la sala de internación, permite ver que nuestra labor, en pos del cuidado de las infancias, requiere de una revisión, considerando las creencias y prácticas culturales que portamos.

En un contexto donde las evidencias científicas marcan patrones de respuestas comunes, lo universal, emergen también las particularidades de cada familia. Aquello que traen consigo del lugar del que provienen, creencias y costumbres, que se distancian muchas veces de lo esperable para llegar a una “buena atención con buenos pacientes”.

Entonces, en contextos de interculturalidad, como lo es un centro de atención en salud, donde algunas veces puede suceder una merma de la escucha, resulta fundamental interrogarse acerca de qué sucede en los encuentros concretos entre los agentes de salud y las personas que consultan. Preguntarse ¿Cómo tensionan la dimensión subjetivante y la objetivante en estos actos de salud? (Stolkiner, 2017).

El presente escrito surge del entrecruzamiento entre la formación en pediatría social y la práctica diaria en salud pública, en un hospital que recibe a niños, niñas y adolescentes de diferentes partes del país y de países aledaños. A través de viñetas clínicas se busca reflexionar sobre la interculturalidad y el trabajo interdisciplinario en los equipos de salud.

DESARROLLO

Cada persona es portadora de una cultura, de un conjunto de maneras de pensar y sentir el mundo, basadas en una historia común, un presente colectivo y un futuro proyectado, que determina distintas maneras de concebir las niñeces, las familias y las crianzas. Cuando hablamos de cultura reconocemos la existencia de sistemas de valores, creencias y costumbres dinámicas que cambian con los contextos históricos que se atraviesan. En un espacio de referencia en salud, como lo es un hospital, es

esperable el encuentro de diversas culturas. Una sala de espera, un consultorio, son espacios en los que se puede vislumbrar la variedad de creencias, con solo adentrarnos a escuchar las experiencias de diferentes personas y/o familias que llegan a consultar.

Colángelo (2012; 2014) destaca que en esos espacios en donde sucede el control periódico de salud se genera un cuestionamiento sobre las pautas de cuidado de la cotidianeidad y la educación en la infancia. Tal práctica suele llevarse a cabo a la luz de los parámetros estandarizados de crecimiento y desarrollo, interrogando y dando indicaciones a los adultos responsables de la crianza sobre: la alimentación, hábitos de sueño, juegos, aptitudes y capacidades motrices, aspectos emocionales, entre otros. En ese momento puede suceder que las familias acepten y adopten las pautas recomendadas, pero también puede suceder un desencuentro con las familias. Que las mismas expresen indiferencia, resistencia silenciosa o el rechazo abierto a las sugerencias profesionales, junto a la puesta en práctica de otras formas de criar a los niños.

Por lo cual, detenerse en las representaciones sobre cuidado y crianza en los profesionales permite derribar ideas universales e invariables en relación con los conceptos. Prestar atención a la diversidad, genera numerosos y nuevos interrogantes en una práctica profesional que surgió y se consolidó a partir de una noción de niñez pretendidamente homogénea y universal.

Florencio Escardó, pediatra argentino de gran trayectoria afirmaba, rotundamente, que: "La medicina es una actividad cultural [...] un ejercicio cultural de la inteligencia". Cuando hablaba de la medicina, de la pediatría en particular, sostenía que posee dimensiones culturales y sociales, que le son constitutivos (de Asua, 2012). En razón de ello, poder leer en la práctica pediátrica cómo emerge la interculturalidad en el trabajo interdisciplinario, permite abrir horizontes hacia un abordaje integral de la salud.

En esta línea de pensamiento, desde un enfoque de salud intercultural, algunos autores -Alarcón et al (2003)- hacen referencia a la importancia de acciones y políticas que tiendan a abrirse a esa diversidad, y a partir de ello conocer e incorporar la cultura del paciente en el proceso de atención de la salud.

A través del reconocimiento de los puntos de encuentro-desencuentro culturales entre pacientes y el equipo de salud, es posible comprender el nivel de las expectativas que cada cual tiene del proceso. Por este motivo, es sumamente importante determinar la interacción entre los elementos colectivos y los elementos íntimos, intrapsíquicos e intersubjetivos.

Se presenta a continuación dos viñetas clínicas que permiten comprender algunos de los avatares posibles que emergen en la cotidianeidad, y que son importantes considerar si de salud integral se desea hablar:

* Viñeta Clínica 1: Juana

Juana es una niña de 3 años proveniente de una provincia del Noroeste Argentino. Llega a nuestro hospital acompañada por su madre, derivadas del Hospital de referencia con un diagnóstico probable de cáncer. Tras su ingreso a la institución inician el proceso diagnóstico, a partir del cual se concluye que se trata de un Hepatoblastoma.

El pedido de interconsulta llega al servicio de Salud Mental por parte de los médicos pediatras de la sala de internación, expresando las dificultades que tienen para comunicarse con la madre y la niña. Dirán: *"resulta difícil realizar los controles y la madre no responde en la interacción... no mira... pareciera no comprender lo que sucede"*. Las enfermeras que acompañan en la sala agregarán: *"la madre no sigue las indicaciones para higienizar... cuando se le pide que bañe a su hija en la cama o en el baño, solo se queda parada."*

Al conocer a Juana se la observa temerosa, buscando constantemente estar en brazos de su madre. Cada persona que ingresa en la habitación detona en ella de forma inmediata el llanto, ante lo cual la madre solo puede expresar que su hija tiene miedo por todas las intervenciones que le han realizado.

A solas y con voz tenue, la madre comenta que son del interior del país. Pertenecen a una provincia en la cual aún persiste la comunidad Wichi. Nunca antes habían salido del pueblo, y accedieron a la consulta en el hospital de referencia de la provincia con el apoyo de su comunidad, al ver el malestar en la niña.

La madre de Juana se muestra angustiada, pero puede enunciar que mucha de la información que le transmiten le resulta difícil de comprender. Destaca que en el hospital *"hablan muy rápido y le piden hacer cosas que no entiende"*.

Tras conocer la dinámica en la vida diría, señala que ella cuida de sus hijos y que cuentan con los servicios básicos. Frente a ello puede detenerse en la forma de bañar a su hija, comentando que usa un gran recipiente (tacho) donde coloca el agua, deja que su hija juegue un tiempo, y luego la enjuaga con otro recipiente más pequeño, con el que vierte agua. Por lo cual higienizar en la cama, estando su hija enferma, o usar la ducha, es algo que no acostumbran.

Marcar los tiempos y ritmos en la comunicación, esclareciendo sobre las prácticas de higiene que acostumbraba la madre, fueron dos intervenciones necesarias para favorecer la interacción y sostener la internación en el inicio de un tratamiento oncológico.

La escucha como herramienta principal permitió conocer sobre otras formas de cuidar, de hablar, de criar, en un contexto diferente como le es la gran ciudad.

* Viñeta Clínica 2: José

Recibimos en el servicio de Salud Mental una interconsulta de la Unidad de Cuidados Intensivos, por un adolescente de 13 años con una enfermedad gastrointestinal compleja. El pedido focaliza en la necesidad de trabajar con el paciente y su familia respecto de la gravedad de la enfermedad y la incurabilidad anunciada ya desde otros centros de salud a los que habían consultado.

En el encuentro con el equipo tratante emerge también la pregunta respecto de aquello que los padres y la familia en general entendían de la situación, considerando la internación en tal unidad. Preguntándose también sobre las dificultades en la comunicación que presentaban en ese momento, donde el silencio se apoderaba de los momentos en que se les transmitía el parte médico.

Conocer a la familia implicó el darse cuenta, primero por el aspecto físico (que para los médicos anunciaba a una comunidad religiosa) y por la forma de hablar, que eran otros diferentes a los pacientes en general. Se trataba de una familia de pueblos originarios, que si bien se había instalado en la provincia de Buenos Aires hace 5 años, eran oriundos de Bolivia. La lengua madre, que aun manejaban como primera al interior de la familia, era el quechua.

La familia que residía en el interior de la provincia de Buenos Aires, desarrollaba una labor similar a la que llevaban adelante en su país (el campo y la cosecha). La madre no podía funcionar como principal cuidadora (como suele pasar en la mayoría de las internaciones de niños y adolescentes), puesto que el estado de su hijo y la dificultad para comprender a los médicos (por hablar quechua) la llevaban a angustiarse, por lo cual había decidido continuar con su trabajo, mientras otros integrantes de la familia acompañaban en la internación.

Conocer sobre la importancia del trabajo para subsistir y la creencia en curanderos a los cuales buscaban recurrir, fue necesario para apaciguar la angustia. Habilitar un espacio intrafamiliar en el cual los hijos más jóvenes puedan traducir a la madre (en lenguaje quechua) la situación crítica del niño, permitió que la misma pueda revisar las prioridades, pudiendo dejar el trabajo de campo (aunque era su medio de subsistencia) para trasladarse y acompañar a su hijo, quien demandaba por su presencia.

Incorporar los conocimientos médicos a las entrevistas, considerar los tiempos subjetivos y las características de la familia, fueron los principales desafíos en los primeros encuentros. Con posterioridad, ante una mejora clínica del adolescente (frente a todo panorama negativo) el encuentro de saberes entre especialistas fue necesario para preguntarse respecto de las intervenciones más favorables, las adecuaciones terapéuticas y los cuidados necesarios.

Poder escucharse y validar el saber de los otros fue todo un proceso, que incluso llevó a presentar el caso ante el comité de ética de la institución, con el fin de poder escuchar la voz de expertos, aceptando correrse del lugar de completo saber de cada integrante del equipo.

La cultura hospitalaria y la interculturalidad

Desempeñarse en un hospital de alta complejidad implica el encuentro y atención de pacientes que presentan diferentes afecciones orgánicas. Enfermedades en su etapa aguda o crónica, muchas veces difíciles de manejar y/o poco frecuentes, son las protagonistas por excelencia en los consultorios, quirófanos y las salas de internación.

Es razonable en este contexto que la mirada esté puesta en el paciente en tanto síntoma, en tanto organismo biológico, pues el trabajo es con cuerpos que son tocados, manipulados, medidos, y varias veces intervenidos. La medicina ordena su práctica en función de un saber generalizado, sobre lo real del cuerpo.

Nos encontramos con profesionales de la salud que, abocados a su especialidad, focalizan en la tarea que deben realizar. Por lo cual, puede ser común incluso escuchar hablar del paciente por la patología que presenta, o por la intervención que le deben realizar: *“el del abdomen agudo... el del trasplante cadavérico en tal región del cuerpo”*, etc.

Presentaciones que llevan a pensar que prevalece una concepción natural y universal del niño y de su cuerpo, desde el cual sabemos, se construye la pediatría, según lo explican muchos profesionales. Emergiendo incluso la idea de que “el buen paciente”, es aquel que tolera y lleva adelante todo lo que se le indica, sin presentar una angustia desmedida o irritabilidad y resistencia, que termine angustiando al equipo tratante. Llegando, en ocasiones, a separar los aspectos de índole social o emocional, los cuales sabemos son claves para entender el desarrollo del niño y la evolución de la situación de salud.

En relación a ello, las pautas de crianza y de cuidado en general, y de la salud en particular (considerando que llegan con alguna enfermedad/síntoma) pueden ser cuestionadas al no responder a las indicaciones profesionales. Olvidando a veces que hay familias que se apartan de los modelos establecidos, pues tienen una concepción de salud ligada a sus creencias culturales, y portan criterios diferentes para evaluar la salud o la enfermedad de un niño.

Aquí es donde surge un desafío en la práctica, cuando emerge la diversidad de las familias, cuando trabajar con un cuerpo implica más que prestar atención a la organización de los órganos y las funciones vitales. Cuando el encuentro es con un alguien que pueda simbolizarlo, un Otro, circulando la palabra, en relación con otros que habitan esos cuerpos.

En ese momento estamos en el terreno de la interculturalidad, al pensar que hay un otro, acompañado de los suyos, que habita ese cuerpo real. Porque hablar de interculturalidad es pensar en otros, esos otros con los que trabajamos y que tienen la necesidad de ser atendidos y cuidados. Que, por ejemplo, por su aspecto físico nos dan la idea de que son otros distintos, y a partir de ello pensar en su idioma, en su lengua, pensar si son migrantes, desde qué zona vienen (límitrofe o más lejana), los movimientos migratorios alrededor de esos otros y los estilos de vida que tienen.

También pensar las concepciones de familia, niñeces, aduleces y los roles que se adquieren según la cultura con la que se identifican. Se trata de entender la organización del grupo y la representatividad, considerando las características de la zona, y los movimientos que tienen dentro de una región. Implica saber que hay algo en común, pero también incluir otras variables, dentro de ellas los modelos de atención y cuidado frente a la enfermedad. Surge ahí el desafío de cómo trabajar con ellos y facilitar la equidad frente al derecho a la salud, pensando según plantea Rovere (2006), en el *acceso* a la salud, el *riesgo evitable* y el *saber - poder*. Somos nosotros quienes participamos del acceso y evitamos o no los riesgos, por lo cual es allí donde se pone en juego el poder, el saber de la cotidianeidad, del ser locales, el cual debe ser compartido para poder acompañar y entender la lógica de lo que puede o no hacer el otro.

Entonces pensar la interculturalidad es salirse del programa ya establecido para pensar en las variables de ese otro, y de esta forma incluir a los que no entran en ese programa. Es aceptar la posibilidad de una negociación y los desafíos del propio conocimiento, de inclusión de la posibilidad de que algo no se lleve a cabo de la forma que uno sabe, sino atendiendo a las otras formas, esas formas de otros, diferentes a la grupalidad frecuente. Así, nos encontramos con padres de pacientes que no logran entender las indicaciones de cuidado en el hospital, por la complejidad de la terminología, o porque muchas de las prácticas no son habituales. Por ejemplo, la simple indicación de higienizar a un niño con una enfermedad aguda grave, puede requerir de un acompañamiento, puesto que el miedo a dañarlo o a usar elementos diferentes a la cotidianeidad de donde viven, puede generar desconcierto y angustia en los padres. Tal es el caso de la madre de la comunidad Wichí, que no puede seguir las indicaciones de higienizar en la cama a su hija (con un hepatoblastoma que avanza en forma desmedida), quedando paralizada ante la práctica, ya que la única forma de bañar que acostumbraba era “meterla en un tacho para que juegue un rato y después higienizarla”. [sobre esto último resulta necesario hacer una salvedad puesto que, existe el peligro de terminar folklorizando y considerando como elecciones culturales, prácticas que en realidad resultan de una posición desigual del grupo en la estructura social].

Es claro que cuanto mayor es la distancia social y cultural con las familias de los pacientes, más insalvable parece ser el abismo de comunicación que se produce. “No hablan”, “no entienden”, “uno les dice y es como si nada”, “se te quedan mirando y después hacen lo que quieren”, suelen ser las frases preocupadas que aparecen en boca de algunos profesionales. Por ello, tenemos que preguntarnos de qué manera entendemos que otros grupos sociales tienen otras validaciones del proceso salud-enfermedad-cuidado, y desde qué lugar observamos tales validaciones, si es desde un lugar de par o desde la subalternidad.

La manera de expresar el padecimiento es peculiar de los grupos sociales, por lo cual es necesario preguntarse qué sabemos

sobre el cómo alivian su padecimiento, sobre las necesidades y derechos, y las prácticas que vulneran los derechos de esas personas.

Resulta interesante pensar que los integrantes del equipo de salud pueden poner en cuestión su actuar en los espacios concretos de la atención pediátrica en el momento que consideran al otro, y reconocen sus limitaciones en las prácticas generalizadas. Revisando incluso la concepción de normalidad para la vida de los niños, puesto que el desarrollo normal que se plantea, también se va a ver impregnado por la forma de criar, de cuidar, de alimentar, de jugar. Esto también es salud, pensar la comunidad y el encuentro con el otro diferente, pensar los desafíos que la diversidad sociocultural instalada en las prácticas de atención de la salud infantil.

Hay una manera de desarrollar una capacidad de diálogo e interculturalidad, y es a partir de entrar en el otro y que el otro pueda entrar en nosotros, lograr una negociación que permita garantizar un derecho, sabiendo que el otro puede completar el saber de uno (o varios). Para que emerja la interculturalidad es necesario generar el espacio de encuentro, para que el derecho del otro se pueda efectivizar.

El trabajo interdisciplinario

Decíamos que la interculturalidad es el “inter”, es ese encuentro entre ambos que favorece esa efectivización. Considerar a ese otro y lo que trae consigo influye en la confianza y en la adherencia al tratamiento.

Pero a nivel intra equipo resulta necesario preguntarse también si existe esa noción de “inter”, si se incorpora en la labor diaria, de qué manera, y si se trasmite a los compañeros, si se valida, si se los incluye.

La realidad se presenta de manera compleja o “Hipercompleja” (Mario Testa, citado por Stolkiner) por lo cual, la interdisciplina surge como una oportunidad para comprender esa complejidad que emerge como desafío. En palabras de Alicia Stolkiner (1987), la interdisciplina surge de la “indisciplina de los problemas que se nos presentan”. No se trata de fragmentar el problema, sino de considerar las diferentes aristas del mismo, pues de lo contrario, terminamos cayendo en lo multidisciplinario, focalizando en una parte del problema desde el saber parcializado.

El conocimiento científico implica un corpus de saberes, cada disciplina trae consigo un conjunto de conocimientos, sea de las ciencias blandas, de las ciencias duras, con lo cual el trabajo al interior de un equipo interdisciplinario conlleva tener una visión crítica del conocimiento científico y no quedarse solo en la idea de verdad desde una ideología fragmentada o parcializada.

La labor en un equipo interdisciplinario implica salirse del reduccionismo y pensar la complejidad de los problemas más allá, por ejemplo, de la mera causalidad biológica. Es una estrategia para abordar los problemas complejos de la realidad, que permite conocer la forma en que la persona siente, piensa, vive la relación con su cuerpo y lo que hace ante la enfermedad

individual. Pero también para comprender la forma colectiva respecto de los cuidados y las posiciones.

De eso hablamos cuando lo inter nos convoca en el encuentro con otros, en la práctica en salud, desde diferentes disciplinas en un equipo de trabajo.

Los equipos interdisciplinarios implican un juego de conocimiento/s y poder, con lo cual la interdisciplina requiere de “un equipo, un grupo humano”, y de un “trabajo cooperativo”. No se basa en una labor desde lo competitivo, resulta necesario correrse de la autoridad vertical y pensar que el líder es la tarea. A partir de ello saber que la tarea ira delimitando el lugar de un coordinador que permita la articulación disciplinaria para arribar a un “diagnóstico de situación”.

Entonces la interdisciplina es saber abordar con diferentes saberes, incluso incorporar el conocimiento popular y el que la persona tiene sobre sí misma. Se trata de producir una alianza entre los saberes, es considerar la potencia de la interdisciplina para los nuevos problemas que empiezan a surgir y nos interpelan en la realidad.

REFLEXIONES FINALES

El trabajo cotidiano con personas de diferentes regiones permite ver con claridad cómo los conceptos de cultura-interculturalidad emergen e interpelan las prácticas en salud. En un terreno en el cual prima la mirada de la medicina, que para cumplir su función necesita objetivar los cuerpos en parámetros universales y así alcanzar su eficacia, resulta necesario también escuchar la cultura, y a partir de ello habitar otro mundo, conocer lo que a veces solo parece ficción, construir en el vacío (Montes, 1999). Cada paciente que atendemos nace con una cuna psíquica y cultural que influye en las interacciones comportamentales, emocionales y fantasmales no sólo con su familia, sino con el resto del mundo. Lo cultural en el trabajo con las infancias – adolescencias y sus familias toma siempre protagonismo y demarca la disposición a intervenciones en el campo de la salud, por lo cual desconocerlo puede generar obstáculos. Porque los contrastes culturales a veces evidencian discrepancias en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de cada familia. No solamente las/os profesionales de la salud detentan modos de entender y atender al sufrimiento, sino que también diferentes actores sociales poseen y utilizan saberes, los que son necesario conocer para entender la producción y reproducción de estos grupos sociales.

En contextos de interculturalidad, donde muchas veces prima una merma de la escucha, resulta fundamental interrogarse acerca de qué sucede en los encuentros concretos entre los agentes de salud y las personas que consultan. ¿Cómo tensionan la dimensión subjetivante y la objetivante en estos actos de salud? (Stolkiner, 2017). Es indispensable reconocer que existe una construcción sociocultural de los padecimientos que expresa la respuesta social ante los mismos, y que da cuenta de los

modos en los que los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado son comprendidos, experimentados y enfrentados por un conjunto social.

Si el otro aparece portando una pregunta, no es posible alojarla sin, a su vez, dejarse interrogar por ella. Si la escucha introduce una dimensión de hospitalidad en el acto en salud, lo hace en el marco de una tensión irreductible entre el saber disciplinario que se utiliza como herramienta y el reconocimiento de que éste es insuficiente y no necesariamente alberga la respuesta. Momento en el cual es posible dar lugar a otro, desde la interculturalidad y/o desde la interdisciplina.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón M, Ana M, Vidal H, Aldo, & Neira Rozas, Jaime. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065.
- Colángelo, M. (2012). La crianza en disputa: Medicalización del Cuidado Infantil en la Argentina, entre 1890 y 1930. Tesis Doctoral, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.
- Colángelo, M. (2014) La crianza como proceso sociocultural. Posibles aportes de la antropología al abordaje médico de la niñez. Buenos Aires: Acta Académica Primeras Jornadas Diversidad en la Niñez. Hospital El Dique, Ensenada.
- de Asúa, M. (2012). La pediatría como disciplina cultural y social. *Archivos argentinos de pediatría*, 110(3), 231-236. Recuperado en 01 de junio de 2025, de: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752012000300007&lng=es&tlng=es.
- Montes, G. (1999) La frontera indómita. Ed Fondo de cultura Económica. México.
- Rovere, M.(2006) Redes En Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. Segunda Edición corregida y aumentada. El Agora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud “Juan Lazarte”.
- Stolkiner, A. (2017). Instituciones de la infancia y subjetividad en la época de la medicalización indefinida. En Mantilla, L.; Stolkiner, A.; Minnicelli, M. (Comp.). *Biopolítica e infancia: niños, niñas e instituciones en el contexto latinoamericano*. Jalisco: Universidad de Guadalajara.
- Stolkiner, A. (1987). “De interdisciplinas e indisciplinas” en *El niño y la escuela, reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires Editorial Nueva Visión.