

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2016.

Transición de pacientes: talleres como puentes para el pasaje de la atención pediátrica a la de adultos.

Ugo, Florencia y Schejter, Virginia.

Cita:

Ugo, Florencia y Schejter, Virginia (2016). *Transición de pacientes: talleres como puentes para el pasaje de la atención pediátrica a la de adultos. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/589>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/qpY>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

TRANSICIÓN DE PACIENTES: TALLERES COMO PUENTES PARA EL PASAJE DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA A LA DE ADULTOS

Ugo, Florencia; Schejter, Virginia
UBACyT, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

En el siguiente artículo presentamos parte del proyecto UBACyT de beca de Maestría “Transición de pacientes y circulación de saberes entre hospitales pediátricos y centros asistenciales de adultos”, aprobado en agosto de 2015, y algunos de sus primeros resultados. Durante las últimas décadas, el desarrollo de tecnologías y conocimientos médicos ha aumentado la sobrevida de pacientes pediátricos con patologías crónicas, que en consecuencia requieren la continuidad del cuidado en hospitales de adultos. Esta nueva necesidad asistencial abre la pregunta sobre cómo diseñar este pasaje, que conlleva dificultades para todos los participantes e instituciones, y visibiliza una desarticulación entre las prácticas asistenciales de las instituciones pediátricas y las de adultos. Así, el mayor desafío para la transición es tender puentes entre dos culturas: la pediátrica y la de atención de adultos. Los primeros resultados de esta investigación cualitativa desde la perspectiva de la Psicología Institucional nos permiten considerar a los talleres para adolescentes y/o familiares que realizan algunos equipos asistenciales como uno de los puentes tendientes a articular dichas culturas asistenciales.

Palabras clave

Transición, Adolescencia, Talleres, Psicología Institucional

ABSTRACT

TRANSITION: WORKSHOPS AS BRIDGES TO ARTICULATE PEDIATRIC AND ADULT HEALTHCARE

In this paper we present part of the grant project UBACyT Master “Patient transition and knowledge flow between pediatric hospitals and adult healthcare system” and its first results. In the last decades, the advance in technology and science has increased chronic pediatric patients’ survival rate, thus requiring an ongoing assistance in adult hospitals. This new health care need poses the question on how to approach this transfer, which presents complications for all participants and institutions and reveals a gap between the health care practices of pediatric and adult institutions. Hence, the biggest challenge for transition is building bridges between the two cultures: pediatric and adult healthcare. The first results of this qualitative research from the perspective of Institutional Psychology allow us to consider workshops for adolescents and/or family that care teams perform as one of the bridges designed to articulate these healthcare cultures.

Key words

Transition, Adolescence, Workshops, Institutional Psychology

Introducción

En el siguiente artículo presentamos parte del proyecto UBACyT de beca de Maestría “Transición de pacientes y circulación de saberes entre hospitales pediátricos y centros asistenciales de adultos” (1), aprobado en agosto de 2015, y algunos de sus primeros resultados. La transición de pacientes es el pasaje de la asistencia pediátrica a la de adultos. Es un proceso, dinámico, complejo y planificado, que concierne a los profesionales pediátricos, a los de adultos, a ambas instituciones y al paciente y su familia; contempla necesidades médicas, psicosociales, educativo-vocacionales del adolescente e implica un incremento de su autonomía (Reiss & Gibson, 2002). (Ugo, Schejter, Carniglia & González, 2009.) Resulta fundamental en el caso de los adolescentes con patologías y/o tratamientos crónicos de salud. El desarrollo de tecnologías y conocimientos médicos de las últimas tres décadas, ha aumentado la sobrevida de pacientes pediátricos con patologías crónicas que ahora alcanzan en un 90% la adultez (Schwartz, Tuchman, Hobbie & Ginsberg, 2011) y en consecuencia requieren la continuidad de su cuidado en hospitales de adultos (Ugo, Schejter, Carniglia & González, 2009). Esta nueva necesidad asistencial pone de relieve la importancia de lograr transiciones sistemáticas.

Sin embargo, el pasaje de la asistencia de estos adolescentes desde un hospital pediátrico a otro de adultos no siempre sucede como una transición. Muchas veces sucede como una transferencia —en el sentido de derivación—, como un evento puntual del pasaje de una institución a otra (McDonagh, 2005), generando en ocasiones que estos adolescentes no continúen atendidos.

La literatura visibiliza numerosas dificultades para que la transición —que aspira a ofrecer un continuum de calidad asistencial— sea exitosa: una de éstas está vinculada con la mayor sobrevida de pacientes con patologías, hasta ahora “de la infancia”, para cuya asistencia muchos profesionales que atienden adultos aún no se han formado; otra es que algunas familias y pacientes no quieren cambiar de centro y atenderse con otros profesionales; una dificultad más es que a los pediatras les es difícil transferir sus pacientes por el vínculo creado con ellos; les falta apoyo institucional; o tienen escaso tiempo y recursos para dedicarse a la transición; además de dificultades en la comunicación con otros profesionales (Bjornsen, 2004).

En consonancia con estas limitantes, la transición es considerada un “fenómeno creado por el sistema”, pues los servicios de salud fueron diseñados, y sus profesionales principalmente formados, con el foco en la pediatría o en la adultez (Gleeson & Turner, 2012), no así en la atención del adolescente ni en la transición. Todo esto hace que esta etapa suela constituir una brecha (Kaufmann Rauen et al, 2013) entre la asistencia pediátrica y la del adulto.

La necesidad de continuidad del cuidado de estos pacientes en su adolescencia y en su adultez abre preguntas acerca de cómo diseñar este pasaje. Además, visibiliza una desarticulación (2) entre las prácticas asistenciales de las instituciones pediátricas y de adultos,

generando diferentes grados de “discontinuidad” de la atención y dificultades para la atención interinstitucional, con consecuencias para la salud de estos jóvenes, que tienen reverberaciones en su inserción social.

Las culturas asistenciales pediátrica y de adultos son descriptas con múltiples diferencias. La pediatría pone el foco de la atención en la familia y promueve una relación social y colaborativa entre los profesionales, la familia y el paciente, se enfoca hacia el futuro, ayuda a solucionar los problemas de adherencia al tratamiento y enfatiza aspectos sociales y educativos. Muchas veces la atención es interdisciplinaria con un pediatra coordinador. En cambio la asistencia del adulto pone el foco en el individuo y en su proceso de enfermedad, entendiendo que el adulto es capaz de responsabilizarse por su tratamiento, quedando así la familia por fuera de la toma de decisiones. Se recurre a las especialidades aisladamente según las necesidades (Kaufmann Rauen et al, 2013).

Para superar dicha desarticulación, en el país y en el mundo, se intentan diferentes estrategias para la transición. Éstas incluyen distintos grados de diseño y gestión del trabajo interdisciplinario e interinstitucional de proyectos, circuitos y asistencia y recomiendan diversas capacitaciones para los involucrados. No obstante, dichas experiencias tienen dificultades. Parte de la literatura considera que la clave para superarlas es la capacitación en conocimientos médico-asistenciales —aunque no explicitan la capacitación en conocimientos sobre gestión—; en habilidades comunicacionales, en toma de decisiones y resolución de problemas; y en disposición de los equipos pediátricos y de adultos para modificar sus propias prácticas (Brooks, Bunn & Morgan, 2009).

Esta perspectiva deja de considerar la transición como un proceso en el que los pacientes se tienen que adaptar al sistema y a los profesionales y reconoce que son el sistema de salud y los equipos de atención los que deben transformarse según las necesidades de los adolescentes (Gleeson & Turner, 2012) y sus familias.

Así, el mayor desafío para la transición es tender puentes entre dos culturas, la pediátrica y la de atención de adultos.

Una manera de trabajar las diferencias mencionadas es enfocando las prácticas profesionales y las culturas institucionales desde la perspectiva de los actores institucionales, dándoles participación en la indagación, ese trabajo tiene una dimensión formativa en sí misma y posibilita la conformación paulatina de una nueva cultura institucional (Jesiotr & Schejter, 2016).

Metodología

Para abordar el objetivo general del estudio —describir y conceptualizar la circulación de saberes en experiencias de transferencia-transición de pacientes entre el Hospital Garrahan y centros asistenciales de adultos, considerando las diferencias entre las culturas asistenciales en pediatría y en la atención de adultos— se emplea metodología cualitativa con fines exploratorios y analíticos. Desde la perspectiva de la Psicología Institucional se busca profundizar en la descripción y comprensión de la situación planteada a través de un proceso continuo en espiral con momentos de relevamiento de datos, sistematización y análisis, discusión, reelaboración y producción de conclusiones generales.

En este artículo se presentan los primeros resultados de las observaciones participantes de cinco talleres para adolescentes realizados en pediatría por dos equipos asistenciales que participan de la investigación. Con uno de ellos dos, a su vez se está haciendo un trabajo de acompañamiento en el diseño del dispositivo asistencial para la transición de los pacientes.

Primeras sistematizaciones

Desde 2007 las autoras hemos tenido diferentes acercamientos a la temática de la transición. Inicialmente con una beca de investigación (3) que abrió el camino para que la becaria acompañe (Ardoino, 2000) como Psicóloga Institucional el diseño de diferentes estrategias de transición entre servicios del Hospital Garrahan y de distintos hospitales de adultos entre 2009-2010 y 2013-2015. Algunas de estas estrategias fueron diseñadas pero no pudieron ser llevadas a la práctica, en tanto que las implementadas han tenido distintos grados de sistematicidad y de éxito, tanto en la aplicación del dispositivo creado como en su continuidad en el tiempo. En este contexto se realiza la postulación a la Beca de Maestría con el objetivo de sistematizar este recorrido y construir conjuntamente con los participantes de la investigación nuevas respuestas.

El recorrido de la temática fue mostrando muchas veces haces de luz, más intensos o más sutiles, que señalan que es posible potenciar este pasaje en la atención a pesar de las dificultades presentes. Entre los dispositivos productivos están los talleres que realizan algunos equipos asistenciales con los adolescentes, con sus familias o con ambos. Estos espacios siempre transmiten sensaciones solidarias entre sus participantes, muy gratificantes, que nos llevaron a querer profundizar en su indagación.

Sucintamente los talleres de los que se participó cuentan con características diferentes, en especial en la frecuencia y el momento en que se presenta el dispositivo a los adolescentes y sus familias. Sus objetivos también muestran diferencias, sin embargo en esta investigación empezamos a vislumbrar algunas conclusiones sobre estos dispositivos que guardan similitudes.

Descripción de los equipos de atención

“Especialidad principal” que atiende la patología: Uno de los equipos está a cargo de una especialista pediátrica, que trata exclusivamente a adolescentes con una patología crónica, en un consultorio destinado a ellos. Este consultorio existe desde 2007 y ha sido diagramado e implementado, junto con los talleres, en su mayor parte por la profesional mencionada. Ambos son los pilares de la estrategia de transición que desde entonces lleva adelante el Servicio de esa especialidad. Con esta médica trabajan profesionales de otras especialidades, además de personal de salud mental y de diferentes colaboradores.

“Equipo interdisciplinario”: El otro equipo es interdisciplinario (tiene alrededor de 20 profesionales médicos y de otras profesiones) para la atención de una enfermedad crónica con riesgo elevado de desarrollar limitaciones físicas y cognitivas de diferente grado. La diagramación de los talleres de transición comenzó en 2015 ante la necesidad de sistematizar la transferencia de los pacientes mayores de 18 años (4). Para diagramar la estrategia de transición convocaron a la becaria autora de este escrito.

Frecuencia y momento en que estos equipos presentan el dispositivo

El equipo organizado por la especialidad principal realiza talleres no obligatorios una vez por mes, sólo para adolescentes. Además, desde 2013 implementa quincenalmente talleres de verano durante enero y febrero con un formato lúdico-creativo. Cuando los pacientes pasan de su atención netamente pediátrica a este consultorio adolescente, la especialista les explica las nuevas características del dispositivo asistencial, entre las cuales se encuentran los talleres —a los que pueden seguir asistiendo una vez que comenzaron el cuidado de la salud en el centro de adultos—.

El equipo interdisciplinario, en cambio, inicialmente pensó el taller como un espacio único en la última jornada de atención de los ado-

lescentes antes de su pasaje al hospital de adultos. Dicha jornada incluye la atención interdisciplinaria para actualizar el estado clínico y los estudios; un almuerzo entre los pacientes, sus familias y los profesionales, con el objetivo de generar un ambiente de festejo por haber alcanzado esta nueva etapa; finalmente y en forma paralela se realiza un taller para adolescentes y otro para familiares. Es importante destacar que los adolescentes y sus familias se enteran de esta jornada pocos meses antes de la fecha estipulada, a través de uno de los miembros del equipo, que lo llama personalmente para explicarle la importancia de su concurrencia. Aunque la participación no está explicitada como obligatoria, en la práctica funciona de esa manera. A principios de 2016 no obstante se comenzó a transformar ese dispositivo, pensando en realizar dos talleres en diferentes momentos del año y así dar lugar a un proceso de transición.

Sobre los objetivos de los talleres

Los objetivos de ambos talleres están relacionados con los tiempos disponibles y la frecuencia con la que se desarrollan.

Para la especialidad principal los talleres mensuales son la posibilidad de trabajar y desarrollar temas vinculados con la enfermedad, pero sobre todo relacionados con el autocuidado, la autonomía, la autoestima y los proyectos personales (educación, trabajo, familia). Es interesante cómo la continuidad del trabajo con los jóvenes fue ampliando los objetivos iniciales, generándose los talleres de verano, en los que además del diálogo los adolescentes se encuentran con propuestas de producción de objetos que los acercan a ámbitos laborales y creativos no explorados previamente. En el primer taller de verano los adolescentes realizaron objetos de diseño (junto con diseñadores industriales) con material de desecho, en el segundo diseñaron y pintaron un mural acerca de la diversidad en una de las entradas del hospital y en el último realizaron juguetes para regalar a los niños internados en el hospital. Es significativo cómo en el transcurso de los talleres de verano fueron comprometiéndose más con “otros del hospital” (considerando a trabajadores, pacientes y familiares), siendo más activos y presentes con sus acciones, volviéndose, de este modo, un grupo reconocible, con identidad..

Los talleres del equipo interdisciplinario son más acotados temporalmente, pero tienen la particularidad de que todos los adolescentes y sus familiares pasan por ellos. En este encuentro buscan ofrecer algunas herramientas para que los adolescentes y sus familias logren una mejor transferencia al centro de adultos. Se trabaja con los familiares por qué con el cambio de hospital es importante, que puedan explicitar sus expectativas y temores al respecto, la confianza o desconfianza que les genera el nuevo equipo tratante y algunos aspectos de la atención en el nuevo hospital. En algunas ocasiones han podido participar también los profesionales de adultos, pudiendo contar cómo es la atención que ofrecen y respondiendo inquietudes. En el taller de adolescentes se busca que reconozcan sus expectativas y temores en relación con el cambio de hospital. Los espacios de taller paralelos finalizan con la toma de una foto de todos juntos, incluidos los profesionales, que se envía luego por mail. En esta jornada de cierre se vivencian —de manera más o menos explícita— muchas emociones por parte de todos los participantes, también de los profesionales, rescatándose alegrías y tristezas del camino recorrido, que tienen reverberaciones posteriores que circulan por mail a partir del envío de la foto.

Talleres como puentes para el pasaje de atención

Los talleres descriptos, aun con características diferentes, instalan un vínculo distinto al que se da en el consultorio entre el equipo tratante y los adolescentes y sus familias

Los talleres conmueven algunas de las formas más cristalizadas de la atención médica especializada y hospitalaria y amplían las funciones del hospital, que se vuelve más amigable y posibilitador. Por ejemplo en los talleres de los que se participó, la relación profesional-paciente y familia no está mediada por la camilla ni por el escritorio —como sí sucede en el consultorio— sino por un círculo de sillas que ofrece mayor paridad a las relaciones. En esta situación los adolescentes y sus familias además comparten un almuerzo o una merienda con los profesionales. Así, la función del médico “principal” adquiere otras facetas, por lo general invisibilizadas en la “asistencia de consultorio”, menos “profesionalizadas” y más de la vida cotidiana.

Los talleres ofrecen a los adolescentes una dimensión del cuidado de su salud más participativa y cercana tanto en lo referido a su enfermedad como en lo relativo a su vida. El taller incluso habilita la relación entre jóvenes, ya que ofrece un espacio acompañado para la experiencia de lo colectivo (Fernández, 2014) en prácticas que no suelen suceder en la soledad del consultorio.

Estas experiencias generan nuevos interrogantes y exigencias para los profesionales, que van reformulando la propuesta al incluir talleres de verano o aumentar el número de “talleres de cierre”. Lo que sucede en esos espacios excede las expectativas originarias de los equipos profesionales, para quienes su sostén se vuelve un compromiso con los adolescentes y con la atención. Esto genera nuevas necesidades en los profesionales (saberes, recursos humanos y materiales) y abre las puertas a la creatividad.

En este punto llama la atención las limitaciones de recursos institucionales de estos talleres en contraste con la conmoción que producen en algunas de las modalidades cristalizadas de la cultura asistencial.

Los diferentes equipos tratantes a partir de la potencia que reconocen en estas estrategias, arman estos dispositivos con el esfuerzo personal, utilizando los recursos que tienen “a mano” —no siempre todos los necesarios—. Por tratarse de dispositivos no instituidos en la atención hospitalaria, los espacios y los recursos necesarios no están del todo disponibles, por ejemplo los talleres se realizan en aulas de docencia —difíciles de conseguir— o en consultorios a los que se les sacan las camas, o las meriendas y almuerzos que se ofrecen son gestionados personalmente por los profesionales, en ocasiones donados por alguna de las familias participantes.

A pesar de la fragilidad de recursos en que se desarrollan, uno de los enormes valores de estos talleres reside en que generan condiciones para que cada adolescente explore desde lo colectivo sus potencias, las líneas de fuga a los modos de subjetivación (Fernández, 2014) por los que la pediatría naturalizó el lugar de “paciente”, para volver al consultorio de una manera diferente, más autónoma, más participativa. El taller se vuelve así un puente entre la atención pediátrica y la de adultos, con un joven con más capacidades para responsabilizarse por su propio cuidado.

Surgen preguntas en relación con los jóvenes que eligen no participar de los talleres y circunscriben la relación médico-paciente a las paredes del consultorio. ¿Cómo impacta en su transición esta decisión? ¿Por qué ellos no imaginan que esta estrategia pueda ser un mediador para transitar el cambio en su atención?

Acompañar-investigar-intervenir

El trabajo de acompañamiento y un escrito conjunto con uno de estos equipos (Greif et al, 2016), la presente investigación y las primeras instancias de devolución de estos resultados produjeron un análisis de esas prácticas, en el que se auna un acercamiento clínico y la producción de conocimiento. En este acompañamiento,

y a partir del interjuego de puntos de vista diferentes, se reconstruyeron las prácticas de los actores que participan, enlazadas con los conocimientos y los aprendizajes que se producen en el hacer, y con los modos en que se organizan (Schejter, 2011).

NOTAS

(1) Becaria: Lic. Florencia Ugo. Directora: Dra. Virginia Schejter. Cátedra I de Psicología Institucional.

(2) Otros estudios sobre las respuestas intentadas para superar otras es-cisiones presentes en el sistema de salud —ausencia de “continuidad del cuidado” y de “seguimiento interinstitucional” de pacientes pediátricos y falta de integración del trabajo entre disciplinas y entre especialidades médicas— (Schejter et al, 2010) (Schejter, 2011) (Schejter et al, 2013) muestran que un denominador común a los diferentes intercambios ha sido la transformación en la delimitación de las funciones institucionales de los diferentes profesionales y de sus posiciones en el campo hospitalario y de la salud. Esta redistribución de funciones está facilitada porque ningún problema de la salud pertenece a priori a una disciplina o especialidad en particular, sino que esa pertenencia se debe a que es explicado con las categorías de esa ciencia (Schejter et al, 2014).

(3) Beca de investigación Fundación Hospital de Pediatría: “La transición del cuidado en el paciente crónico: el largo camino de un hospital pediá-trica a un hospital de adultos” entre junio de 2007 y mayo de 2008. Lic. Florencia Ugo, becaria; Dra. Virginia Schejter, directora. Para mayor infor-mación se puede consultar: Ugo, F., Schejter, V., Carniglia, L., González, J. (2009). La transición del cuidado en el paciente crónico: El largo camino de un hospital pediátrico a un hospital de adultos. *Medicina Infantil, XVI (1)*, pp. 16-23.

(4) Este equipo atendía entonces cerca de 30 adolescentes mayores de 18 años a quienes era necesario transferir de forma sistemática a un hospital de adultos ya que en este hospital de pediatría el límite de atención son los 17 años y 364 días. Si bien en consultorio ambulatorio la regla no es tan estricta, sí se presentan dificultades cuando el adolescente requiere de atención por guardia o de una cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

Ardoino, J. (2000). De l'‘accompagnement’, en tant que paradigme. *Revue Practiques de Formation-Analyses*, 40.

Bjornsen, K. D. (2004). Health care transition in congenital heart disease: the providers’ view point. *Nurs Clin N Am*, 39, pp. 715-726.

Brooks, F., Bunn, F. & Morgan, J. (2009). Transition for adolescents with long-term conditions: event to process. *British Journal of Community Nursing*, 14 (7), pp. 301-304.

Fernández, A. M. (2014). Conferencia Ana María Fernández. En *Ciclo de Encuentros y Formación 2014 “Adolescencia y juventudes en Rosario”*. Ideas y debates compartidos, pp. 85-101. Rosario.

Gleeson, H. & Turner, G. (2012). Transition to adult services. *ArchDisChildE-ducPract Ed*, 97, pp. 86-92.

Greif, V., Ugo, F., de Castro Pérez, M. F., Mozzoni, J., Aguerre, V., Saldías, M., Monges, M. S. (2016). Experiencia en el proceso de transición de pacientes con enfermedad neuromuscular. [En evaluación Archivos Arg-entinos de Pediatría.]

Jesiotr, M. & Schejter, V. (2016). Una mirada institucional sobre la consulta a un Comité de Ética de un hospital. En Schejter, V., Cocha, T., Furlan, G. & Ugo, F. (comps.), *Una mirada institucional de lo psicológico: la alteridad en nosotros*, pp. 75-86. Buenos Aires: Eudeba.

Kaufmann Rauen, K., Sawin, K. J., Bartelt, T., Waring, W. P., Orr, M. & O'Connor, R. C. (2013). *Transitioning Adolescents and Young Adults with a Chronic Health Condition to Adult HealthCare – An Exemplar Program*. *Rehabilitation Nursing*, 38, pp. 63-72.

McDonagh, J. (2005). Growing up and moving on: Transition from pediatric to adult care. *Pediatric Transplantation*, 9, pp. 364-372.

Reiss, J.G. & Gibson, R.W. (2002). Health care transition: Destinations Unk-nown. *Pediatrics*, 110(6), pp.1307-14.

Schejter, V. (2011). Condiciones institucionales para la producción de co-nocimiento interdisciplinario en la Alta Complejidad Pediátrica: El caso del Hospital Garrahan. [Tesis doctoral inédita.] Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Argentina.

Schejter, V., Selvatici, L., Cegatti, J., De Raco, P., Ugo, F., Jesiotr, M., Bovisio, M., Elli, N. (2014). Circulación de saberes especializados entre agentes de salud de distintos niveles de complejidad. Dispositivos de formación a partir de problemas de la práctica. *Anuario de Investigaciones, XXI(1)*, pp. 173-76. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Schejter, V., Selvatici, L., Cegatti, J., De Raco, P., Ugo, F., Jesiotr, M. ... Blasi, S. (2013). Circulación de saberes especializados entre agentes de salud de distintos niveles de complejidad. Dispositivos de formación a partir de problemas de la práctica. [Proyecto UBACyT, Programación 2013-16. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.]

Schejter, V., Selvatici, L., Cegatti, J., De Raco, P., Ugo, F., Jesiotr, M. ... Blasi, S. (2010). Redes de formación, intercambio y producción de conoci-miento pediátrico en terreno entre hospitales de diferentes niveles de complejidad en provincias argentinas. [Proyecto UBACyT, Programación 2010-12. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.]

Schwartz, L. A., Tuchman, L. K., Hobbie, W. L. & Ginsberg, J. P. (2011). A social-ecological model of readiness for transition to adult-orientated care for adolescents and young adults with chronic health conditions. *Child Care Health Dev*, 37 (6), pp. 883-895.

Ugo, F., Schejter, V., Carniglia, L., González, J. (2009). La transición del cui-dado en el paciente crónico: El largo camino de un hospital pediátrico a un hospital de adultos. *Medicina Infantil, XVI (1)*, pp. 16-23.