

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Estrategias de Intervención Interdisciplinaria en
Sujetos con Discapacidad Intelectual y su adecuación
a la Ley de Salud Mental n°26.657.*

Autora: Melina Daniela Reyes

Directora: Mayka Surraco

Co-director: Federico Weissmann

Paraná, 15 de octubre de 2019



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAyCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ENTRE RÍOS
FACULTAD DE HUMANIDADES, ARTES Y CIENCIAS SOCIALES

***“Estrategias de Intervención Interdisciplinaria en Sujetos con
Discapacidad Intelectual y su adecuación a la Ley de Salud Mental
n°26.657”***

Tesis de grado de Licenciatura en Psicología

Tesista: Reyes, Melina Daniela

Directora: Ps. Surraco, Mayka

Co – director: Ps. Waissmann, Federico

Paraná, Entre Ríos, Argentina

Octubre de 2019

Agradecimientos

Gracias a *todos* los que me acompañaron en este proceso, en este final y en este comienzo.

A *mis padres*, por el amor y por transmitirme el valor del esfuerzo, de la lucha por lo que nos proponemos.

A *mis hermanos* y el resto de la *familia* por el cariño y el apoyo en este camino.

A *Fernando*, por acompañarme y sostenerme en este proceso.

A *mis amigas*, las que siempre estuvieron.

A *mis compañeros de la facultad*, por todo lo vivido, por la angustia y la risa compartida.

A *Mayka* y *Federico*, por la enseñanza, la paciencia y dedicación que me brindaron.

A UADER; mi facultad, que me dio un abanico de aprendizajes y un lugar en todo este tiempo.

Índice

Agradecimientos	1
1. Resumen.....	4
2. Presentación y justificación del estudio	6
3. Planteamiento del problema	8
A) Formulación de la pregunta problema.	8
B) Objetivos.	8
C) Hipótesis o supuestos.....	9
4. Antecedentes	9
5. Marco Teórico	12
Capítulo I - Discapacidad	13
Discapacidad intelectual.....	14
Aproximación a la historia del concepto de discapacidad.	16
Modelos de fundamentación de la discapacidad.	19
La noción de discapacidad en relación al concepto de normalidad.....	23
Capítulo II – Discapacidad & psicoanálisis	33
Capítulo III – Sujeto	44
La disparidad subjetiva y el nuevo sujeto.	49
Consideraciones acerca del significante.	51
El sujeto del averroísmo & la función enunciativa.	53
La existencia del sujeto.	55
Capítulo IV - Intervención interdisciplinaria.....	57
Capítulo V- Ley de Salud Mental N°26.657	63
6. Encuadre metodológico.....	70
Diseño metodológico.	70
Técnicas de recolección y análisis de la información.	71
7. Análisis e interpretación de los datos	72
A) Análisis general.	72
Discapacidad intelectual.....	73
Estrategias de intervención.....	86
Ley Nacional de Salud Mental.	92
B) Análisis final.....	98

I.	98
Construyendo una idea de discapacidad intelectual en relación a los conceptos de normalidad y anormalidad.	98
La relación que se establece entre el sujeto con discapacidad intelectual, los diagnósticos y el certificado único de discapacidad como requisito para recibir una atención integral en salud mental.	104
II.	107
El trabajo en el ámbito de la discapacidad tomado desde una perspectiva psicoanalítica.	107
Discapacidad intelectual y debilidad mental, dos conceptos que se relacionan.	111
La importancia del entorno en el cual se encuentra inmerso el sujeto.	113
III.	117
El equipo interdisciplinario y su funcionamiento dentro de la institución.	117
Encuentros y desencuentros del equipo interdisciplinario con las propuestas establecidas por la Ley de Salud Mental N°26.657.	119
8. Conclusión.....	125
9. Bibliografía.....	128
10. Anexos – Entrevistas	132
Entrevista A.	133
Entrevista B.	156
Entrevista C.	167
Entrevista D.	176
Entrevista E.	182
Entrevista F.	189
Entrevista G.	202
Entrevista H.	208
Entrevista I.	213
Entrevista J.	219

Estrategias de intervención interdisciplinaria en sujetos con discapacidad intelectual y su adecuación a la Ley de Salud Mental n° 26.657

1. Resumen

La presente investigación nace del deseo de poder conocer las diferentes estrategias de intervención en el ámbito de la discapacidad intelectual de un equipo interdisciplinario conformado en una institución privada dedicada al trabajo en salud mental. Partimos de la idea de poder pesquisar estas estrategias llevadas adelante por diferentes profesionales que conforman el equipo interdisciplinario, para luego poder analizar sobre la adecuación de estas con la Ley de Salud Mental N°26.657.

Para ello es que contamos con un recorrido teórico que abarca las nociones de discapacidad, contextualizando el concepto a través de su historia como de sus atravesamientos y de aquellas normativas que sirvieron para su evolución. También se podrá avanzar en los aportes extraídos desde el psicoanálisis, tomado de diferentes autores, que nos permiten conocer una mirada diferente en la clínica de la discapacidad articulándolo con la noción de sujeto, la cual es extraída de los aportes realizados por Jacques Lacan en sus teorizaciones.

Se ubican también aquellos desarrollos acerca del ámbito interdisciplinario, para conocer acerca de su funcionamiento y abordaje, como el marco legal que en sus aportes nos otorga la Ley de Salud Mental n° 26.657.

Puesto que, el material sobre el que se trabaja artesanalmente y a partir del que se realizan las articulaciones, consiste fundamentalmente en una lectura que nos brindan los diversos profesionales entrevistados respecto de las estrategias de intervención en el ámbito de la discapacidad. En vista de un diseño de investigación de carácter cualitativo, se utiliza como técnica de recolección de datos la entrevista en profundidad y, a través del método comparativo constante, se lleva adelante el análisis e interpretación de los datos obtenidos.

Se pretende entonces ubicar las ideas que tienen los profesionales de la discapacidad intelectual, como las formas en las cuales plantean sus estrategias de intervención en el marco de un contexto de trabajo interdisciplinario. Luego, se llevará adelante un

análisis de la adecuación de las estrategias de intervención del equipo interdisciplinario al marco legal establecido por la Ley de Salud Mental N°26.657.

Palabras claves: *discapacidad, psicoanálisis, sujeto, interdisciplina, ley de salud mental.*

2. Presentación y justificación del estudio

El eje conductor del estudio está dado por la noción de discapacidad intelectual, entendida como un conjunto de “limitaciones significativas tanto en el funcionamiento cognitivo como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (Programa estatal de investigación, 2015, pág. 6)

Este planteo, de carácter epistemológico, concibe al sujeto con discapacidad como sujeto de derecho y se circunscribe en el marco legal establecido por la Ley de Salud Mental n° 26.657 sancionada y promulgada en 2010, la Ley N°24.901 de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas de Discapacidad, esto es en el plano nacional, y en el plano internacional, adhiere a las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud y a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. La promoción del cumplimiento y de dichas leyes y declaraciones será otro de los ejes de este trabajo.

Uno de los primeros tratados internacionales que contribuyó a que los estados garantizaran los derechos de las personas con discapacidad fue la “*Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad*”, aprobada en (2006) en Nueva York por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, ratificada en Argentina en 2008. En su Art. 1 expresa “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”, promoviendo la protección y la igualdad de derechos humanos y libertades fundamentales de los mismos.

Estas son las definiciones que, a modo preliminar, introducen las nociones de discapacidad y discapacidad intelectual, cuya vigencia legal a nivel nacional las vuelve determinantes al momento de planificar y ejercer el trabajo profesional. Sin embargo, como todo objeto de estudio, la noción de discapacidad intelectual se cuestionará y reconstruirá desde diferentes perspectivas analíticas, para poder revelar nuevos aspectos y representaciones sociales de esta.

En este sentido y, a fin de poder organizar el recorrido de esta investigación, surgen interrogantes acerca del concepto de discapacidad, sobre las herramientas teóricas y prácticas de los profesionales de la salud para trabajar sobre sujetos con discapacidad intelectual, también acerca de cómo se generan intervenciones y como se forman estrategias para abordar los tratamientos que se proponen realizar con estos sujetos.

Para poder responder a los interrogantes que se generan en el recorrido sobre la temática de discapacidad intelectual, se llevará adelante mediante el estudio de un caso: un centro de rehabilitación y atención interdisciplinaria. Estamos hablando de la institución “Moebius”, ubicada en Belén de Escobar, Provincia de Buenos Aires, activa en sus funciones desde el año 2006. Se entrevistará a los profesionales de la salud integrantes del centro, que trabajan con sujetos con discapacidad intelectual, con el fin principal de conocer las estrategias terapéuticas que el grupo de trabajo lleva a cabo y analizar si estas se adecuan o no a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

“Moebius” es una institución privada dirigida por profesionales con vasta experiencia en rehabilitación con objetivos orientados a la reinserción del paciente en la sociedad. Brindan un servicio de rehabilitación integral con un equipo interdisciplinario especializado, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y de su entorno familiar. El objetivo de la institución es mejorar la calidad de vida de personas que han padecido o que sufren alguna discapacidad; así como ayudar al paciente a alcanzar su máximo nivel posible de funcionalidad y asesorar a la familia.

La población con la que trabaja la institución son niños, jóvenes y adultos con discapacidad motora y/o mental, que requieran un abordaje integral de rehabilitación bajo la modalidad de presentaciones ambulatorias.

Los especialistas que se encuentran en la institución conforman las siguientes especialidades: médico especialista en familia, kinesiología, psicopedagogía, psicología, psiquiatría, fonoaudiología, terapia ocupacional, trabajo social y musicoterapia.

Desde la institución también se brinda el servicio de apoyo a la integración escolar, mediante el cual se posibilita la incorporación o continuidad de los alumnos con necesidades educativas especiales en la escuela.

Este trabajo tiene como intención pensar las estrategias de intervención interdisciplinarias desde una perspectiva que tiene en cuenta a un sujeto con derechos y vela por que estos sean garantizados como lo plantean las diferentes normativas, y contribuyan a la autonomía de los sujetos con discapacidad. Esto quiere decir que tenga voz y que pueda expresarse por sí mismos.

Es este el camino que aquí se elige para desarrollar una investigación que sea un espacio generador de nuevas ideas y reflexiones, y no de reproducción de pronósticos y tratamientos que estereotipan, por centrarse en las carencias antes que en las potencialidades de cada persona.

3. Planteamiento del problema

Ante la falta de una instrumentalización de los actores de las instituciones para poder saciar las necesidades del sujeto con discapacidad, es necesario desglosar la complejidad de un problema que tiene en sí varias aristas. La principal y la que articula este trabajo, es el encasillamiento que algunos organismos realizan de los individuos (en el amplio sentido de la palabra) en modelos de diagnósticos que pueden derivar en estigmatización y reduccionismo de las particularidades del paciente.

A) Formulación de la pregunta problema.

¿Cómo se adecuan las estrategias de intervención del equipo del Centro de Rehabilitación y Atención Interdisciplinaria “Moebius” al trabajo con sujetos con discapacidad intelectual en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657?

B) Objetivos.

General:

- Conocer la adecuación de las estrategias de intervención de los profesionales del equipo interdisciplinario del “Centro de Rehabilitación y Atención Interdisciplinaria Moebius” en el marco de la Ley de Salud Mental N°26.657.

Específicos:

- Pesquisar las ideas en torno a la discapacidad intelectual entre los profesionales del equipo interdisciplinario de la institución.

- Identificar las estrategias de intervención en discapacidad puestas en práctica por el equipo interdisciplinario de la institución.
- Analizar la adecuación de las estrategias de intervención del equipo interdisciplinario en el marco de Ley nacional de salud mental N° 26.657.

C) Hipótesis o supuestos.

Luego de haber realizado una lectura atenta del material bibliográfico y de establecer intermediación con profesionales en contacto con sujetos con discapacidad, se conforman las siguientes hipótesis:

El trabajo con sujetos con discapacidad intelectual está revestido de tal complejidad que es necesario crear una estrategia fundada en aportes de diferentes ámbitos disciplinarios.

Creemos que la relación entre los postulados que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su aplicación en la clínica de la discapacidad no es plena, más bien se encuentran distancias entre una y otra, por lo que no son llevadas a cabo las prácticas tal como son pensadas desde la presente ley.

4. Antecedentes

La cantidad de investigaciones que ha trabajado la noción de discapacidad es amplia, pero a los fines de esta tesina, se destacan los siguientes aportes:

En el trabajo de Mariana María del Lujan Almará titulado *Representaciones de padres de adolescentes respecto de la discapacidad intelectual de sus hijos* del 2013, se presenta el modelo metodológico de investigación cualitativa el cual es importante para reponer los elementos contextuales del estudio. Ella utiliza las entrevistas en profundidad como técnica de recolección de datos y el método comparativo constante para el análisis de las mismas. Asimismo, la investigación introduce algunos de los principales conceptos para comprender las representaciones que el entorno familiar del sujeto con discapacidad intelectual tiene sobre estos últimos. La noción de representación será indispensable para nuestro desarrollo, en tanto, buscaremos

identificar las representaciones sobre discapacidad intelectual que los profesionales de la salud tienen sobre los sujetos con los que trabajan.

Interesa recuperar la tesina: *Intervenciones institucionales en violencia domestica hacia la mujer*. Universidad Autónoma de Entre Ríos, del año 2013 realizada por Leticia Heck donde el recorrido a través del cual se trabaja la categoría de intervención, cuya mayor riqueza está en la diversidad de autores que sirven para pensar en el trabajo interdisciplinario. El tipo de abordaje nos da la posibilidad de trasladar la categoría de intervención del ámbito de la discapacidad intelectual, que será fundamental para construir la conceptualización de la intervención psicológica en discapacidad.

En cuanto a la construcción histórica del concepto de infancia puede ser de gran aporte para esta investigación ya que la mayoría de los sujetos que concurren a Moebius son menores de edad, también la contextualización de la categoría diagnóstica, analizada desde una perspectiva que ve sujetos por sobre cualquier patología. Para este punto, nos sirve el texto de Paola Tunik y Romina Fortuna *Patologización de la infancia*, del 2012, donde uno de los aspectos centrales a estudiar, es la intervención por parte de profesionales de las diferentes disciplinas e interesa conocer el rol de cada actor en un equipo de trabajo y la función que estos cumplen con el paciente.

Por otra parte, se retomarán como valiosas herramientas de análisis las categorías que desde el psicoanálisis formuló María Angélica Aristazabal López, en su trabajo realizado en Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, del año 2013 titulado *Cualidades del terapeuta y del encuadre que potencian el desarrollo mental y el funcionamiento psíquico en pacientes con discapacidad intelectual y motriz*. Desde una mirada psicoanalítica, a saber: contiene – contenido, tolerancia al psicodiagnóstico incertidumbre, desconocimientos, controlar transferencia e identificación proyectiva, movilizar y resignificar conocimientos y creencias, generar un espacio adecuado.

Asimismo, interesa prestar atención a la construcción del desarrollo psíquico desde el psicoanálisis y las características transculturales e internas que puedan incidir en la relación paciente – terapeuta.

También resalta el artículo: “El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos”. Revista CES Derecho. Volumen 6. N°2. Año 2015, realizado por

Mónica Isabel Hernández Ríos donde se realiza un recorrido por la historia de las luchas y de los reconocimientos de los derechos de las personas con discapacidad, además del análisis del concepto mismo de discapacidad que se lleva adelante y cómo este se transforma de un enfoque de salud a uno de los derechos. Adoptaremos asimismo la conclusión a la que llega la autora, tomándola como premisa para el presente estudio:

Las diferentes normativas obligan a examinar la situación en la que se encuentra cada persona con discapacidad, dentro de un contexto personal, social y cultural.

Para poder avanzar, en lo que refiere al campo psicoanalítico los aportes de Mónica Bagnarello Arguello en su tesina *Clínica psicoanalítica infantil: efecto de la escucha y la palabra*. Se puede ver un recorrido por el campo del psicoanálisis, específicamente en lo que respecta a la escucha y la palabra. Esto es de interés para la futura tesis ya que se desarrolla la escucha psicoanalítica como herramienta primordial para la clínica. También se toma en cuenta al sujeto, para no perderlo de vista, preguntándose por el origen del mismo y por la subjetividad.

Se estudian en esta investigación las herramientas del psicoanálisis, como lo son la escucha y la palabra, lo cual nos lleva a conocer sus orígenes y sus posibles alcances. En donde se profundiza sobre diferentes conceptos que son fundamentales en el psicoanálisis como la atención flotante, la transferencia, la interpretación y la dirección de la cura.

5. Marco Teórico

El presente estudio lleva a cabo una exploración sobre la adecuación del modo de trabajo de una institución, en donde cumplen sus funciones diferentes profesionales de la salud con sujetos con discapacidad intelectual, a la Ley de Salud Mental n° 26.659, a través de diversas categorías teóricas, como “discapacidad”, “sujeto” e “intervención interdisciplinaria” y algunos aportes intelectuales de la tradición teórica psicoanalítica.

El marco teórico consta de cinco capítulos; en el *primero* de ellos se puede encontrar el desarrollo de la noción de *discapacidad* teniendo en cuenta la historia y los atravesamientos del concepto tanto en normativas vigentes como en diferentes teorizaciones. Con mayor profundidad en el *capítulo segundo* se trabajan aportes extraídos desde el psicoanálisis y se lo relaciona con la discapacidad tomando aportes de diferentes autores reconocidos que trabajan en dicho ámbito; en el *capítulo tercero* se desplegará la noción de sujeto extraída de las teorizaciones psicoanalíticas que servirán para desarrollar futuras articulaciones.

En el *capítulo cuarto* se toman los aportes teóricos sobre la *intervención interdisciplinaria* para comprender este tipo de práctica de trabajo, del cual se caracteriza la institución en la cual se realiza el presente estudio y por último; en el *capítulo quinto* los aportes del marco legal que nos brinda la Ley de Salud Mental N° 26.657.

Capítulo I - Discapacidad

Para comenzar, se toma la descripción propuesta por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada en 2006, la cual reconoce que:

La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debido a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. (CDPD, 2006, pág. 1)

A su vez, el *Informe Mundial sobre discapacidad de la Organización Mundial de la Salud*, elaborado también por el Banco Mundial (2011) establece que la discapacidad es parte de la condición humana y que casi todas las personas tendrían una discapacidad en algún momento de la vida que podría ser temporal o permanente. Aquellos que lleguen en un momento de su vida a la vejez van a experimentar ciertas dificultades de funcionamiento. Con lo que la mayoría de los grupos familiares tienen un integrante de la familia discapacitado pero que también es una realidad de que muchos familiares no asumen esta responsabilidad de dar apoyo y cuidado a sus parientes y/o amigos con discapacidad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (2001) refiere al término de *discapacidad* como genérico, en el que se encuentran déficits que generan limitaciones en la actividad y restricciones como en la participación que influyen de manera negativa en el individuo para su interacción, la cual es una condición de la salud además de su interacción con factores personales y ambientales.

Por otro lado, refieren al término deficiencia como una condición de la anormalidad; de pérdida de una estructura del cuerpo o función fisiológica; en las que las funciones mentales se encuentran caracterizadas. La *deficiencia intelectual* es referida cuando el estado del desarrollo mental es detenido o incompleto, llevando a que la persona tenga dificultades de comprensión, aprendizaje y memoria.

Mónica Isabel Fernández Ríos en su artículo de investigación “*El Concepto de Discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos*” (2015) realiza un análisis de cambios teóricos y normativos del concepto *discapacidad* tomando como antecedentes principales al *Programa de acción mundial para las personas con discapacidad de 1981* y *normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad de 1993* ya que son de las herramientas más importantes para trabajar los derechos humanos de las personas con discapacidad, aunque no son normas de cumplimiento obligatorio; por lo que no alcanzaron para trabajar al máximo la protección de sus derechos. Más adelante tomando los desarrollos de dichos antecedentes se dio como resultado la *Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad* proclamada el 13 de diciembre de 2006 en New York, Estados Unidos, siendo de carácter obligatorio para su cumplimiento.

En ella, se propone la igualdad de derechos a las personas con discapacidad tanto en oportunidades, en el ámbito civil, económico, político, social y cultural; siendo su propósito “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto a su dignidad inherente” (2006, pág. 4). Sus principios generales tienen que ver con:

a) el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas; b) La no discriminación; c) La participación y la inclusión plena y efectiva en la sociedad; d) el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; e) La igualdad de oportunidades; f) La accesibilidad; g) La igualdad entre el hombre y la mujer; h) el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad. (2006, págs. 5-6)

Discapacidad intelectual.

Los aportes de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) tienen permanencia y son vigentes en la actualidad, ya que sus definiciones son reconocidas por los organismos oficiales de salud en nuestro país.

Desde la AAIDD se realizó la sustitución del término *retraso mental* por el de *discapacidad intelectual*.

La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento cognitivo como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años (Programa estatal de investigación, 2015, pág. 8)

Para poder hacer uso de dicha definición se deben tener en cuenta cinco premisas:

En primer lugar, las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura. Los ambientes comunitarios típicos incluyen hogares, barrios, colegios, empresas y cualquier otro entorno en el que individuos de edad similar normalmente viven, juegan, trabajan e interactúan; segundo, una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales; tercero, En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con capacidades; cuarto, un propósito importante de describir limitaciones es desarrollar un perfil de los apoyos necesarios. Esto quiere decir que el mero análisis de las limitaciones no es suficiente y que la especificación de las limitaciones debe ser el primer paso del equipo para desarrollar una prescripción de los apoyos que la persona necesita para mejorar su funcionamiento; quinto, si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará. El punto importante es que el viejo estereotipo que establece que las personas con discapacidad intelectual nunca mejorarán es incorrecto. Una falta de mejora puede servir como base para re evaluar el perfil de necesidades de los apoyos.

Las pautas que fueron propuestas por la AAIDD son asumidas por el DSM-V, donde se define a la discapacidad intelectual como “un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico”

(Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, pág. 17) para lo cual deben cumplirse tres criterios:

El primero de ellos que las *deficiencias de las funciones intelectuales*, como lo es el razonamiento, la resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas. En segundo término, las *deficiencias del comportamiento adaptativo* producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad y en tercer lugar el *inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas* durante el periodo de desarrollo (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, pág. 17).

La OMS (2001) al diseñar la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*, lleva adelante el desarrollo de diferentes funciones mentales que son ubicadas de acuerdo a las caracterizaciones de cada una de ellas y se asume que influyen en las funciones del desarrollo intelectual, retraso intelectual, retraso mental y demencia, los factores ambientales (social, físico, contexto del ambiente en el cual se vive) porque afecta en el desempeño de los sujetos.

Aproximación a la historia del concepto de discapacidad.

En la historia de la discapacidad se pueden encontrar cambios desapacibles en las legislaciones, donde se remiten en su mayoría a las creencias y al pensamiento de la época en la cual se encontraban. Servirá para conocer los cambios, los desarrollos que llevó adelante Padilla Muñoz Andrea en “*Discapacidad: contexto, concepto y modelos*” en (2010).

En el siglo XVII a.C. la discapacidad era relacionada con lo mágico, por tal motivo las personas que padecían de algún tipo de discapacidad eran consideradas embrujadas y para poder comprobar esto eran arrojadas al río. La fundamentación de estos hechos pueden encontrarse en el *Código de Hammurabi* que es el cuerpo legislativo de

Babilonia; Hammurabi era el sexto rey de Babilonia quien creo el Imperio Babilónico el cual no fue sostenido por sus sucesores pero quedó en la historia este código que fue uno de los primeros que contenía leyes escritas en dicha época. Más adelante, en la antigua Grecia, las personas con discapacidad, malformaciones o debilidad notoria eran sacrificadas a los dioses.

Los romanos crearon la *curatela* para personas con discapacidades mentales o cognitivas, donde una institución pasaba a administrar los bienes de aquellas personas que no podían ejercer sus derechos por sus propios medios. Tenían la denominación de *furiosus* para referirse a los “discapacitados mentales” y la de *mente captus* para referirse a aquellos que tenían limitaciones en su desarrollo intelectual. El derecho romano también realizó una extensión de la pena dirigida a los *mente captus*, *furiosus* y *demens* cuando se encuentren fuera del estado de lucidez. Esto estaba plasmado en el Código Decenviral que contenía doce tablas donde a través de ellas se regulaba la convivencia del pueblo romano.

A lo largo de los diversos desarrollos históricos también se puede encontrar que las enfermedades como por ejemplo, la *epilepsia* eran consideradas de un “mal divino”, con lo que las convulsiones de dicha enfermedad eran interpretadas como del más allá, frente a lo cual se tomaban medidas como la castración e inquisición - la inquisición se asocia a la herejía cometida por la iglesia católica en la antigüedad, eran el conjunto de instituciones y prácticas que buscaban terminar con la brujería como también con todo aquello que resultara opuesto a la religión católica. En el Diccionario de la Real Academia Española se define al concepto como: “tribunal eclesiástico que inquiría y castigaba los delitos contra la fe – por presencias demoníacas.

En la época de la Edad Media, fue reemplazada la figura del médico por la del monje lo que llevó a la creencia de que las enfermedades mentales estaban estrechamente relacionadas con lo diabólico. La práctica de la inquisición que fue llevada adelante en esta época arrojó como resultados la exterminación de personas con discapacidades con la justificación de creencias relacionadas con lo demoníaco, además de ser culpadas de poseer plagas o epidemias que podrían ser peligrosas para la sociedad.

También en muchos casos se tenía a aquellas personas con discapacidades físicas puntualmente, para entrenamientos en circos y cortes de la época.

Además, en ocasiones se utilizaba a las personas con discapacidades físicas puntualmente, para entrenamientos en circos y cortes de la época. Con las guerras se incrementó el número de personas con discapacidades físicas y se abrieron instituciones para esto, en su mayoría estas eran de la iglesia, aunque en ellas mismas se generaba la estigmatización y la marginalidad.

Tanto la iglesia, como familias y feudales de aquel momento tomaron a este grupo de personas para tomar partido por ellos, coincidiendo con establecimientos de cofradías, asilos, hospitales, hermandades, etc. en concordancia con lo que se conoce como la *Cofradía de Toledo* que ayudaba en casos de enfermedad y vejez. Durante el siglo XVI fueron desarrolladas las primeras prótesis de mano como el trabajo de y la educación a través de medios de rehabilitación.

Se iniciaron los primeros trabajos dentro del ámbito de la educación especial y fueron fundadas las primeras instituciones para personas con discapacidad pero en varios ámbitos se continuaba con la creencia de que las personas estaban habitadas por fuerzas demoníacas, grandes precursores de estas creencias eran Martín Lutero y Juan Calvino.

Ya en los siglos XVIII y XIX se generaron fuertes cambios, Denis Diderot llevó adelante el estudio de las competencias de los ciegos y las primeras escuelas para sordomudos en la cual se formó Luis Braille, quien más adelante desarrolló tan conocido el método de lectura para ciegos que en 1878 fue reconocido como el sistema universal para enseñar a personas ciegas.

Nicolás André puso en circulación el término *ortopedia* lo que llevó a que se dé un desarrollo muy amplio en esta rama que permitió evitar las amputaciones que se realizaban con mucha frecuencia sobre todo en épocas de guerras.

En 1884 Otto Von Bismarck, canciller alemán aprobó la primera ley en la que se reconocía a los accidentes de trabajos y publicaron los primeros tratados de

discapacidad entre los que se resalta *Diagnosis and prognosis of idiocy and imbecility* de William Wetherspoon sobre la discapacidad intelectual.

Philippe Pinel fue un médico que adhería a los ideales de la Revolución Francesa, fue director del Hospital de La Bicêtre y La Salpêtrière donde desarrolló la idea en que los pacientes con enfermedad mental no debían tenerse en condición de prisioneros.

Fue de la mano de Pinel y Esquirol en Francia que se plantea una revolución en la psiquiatría ya que liberaban los pacientes del psiquiátrico, del encierro. Con la influencia de la religión judeocristiana se plantea la cura por la palabra y se buscaba la recuperación de la moral. Es aquí donde se señala que las personas con padecimiento mental fueran escuchadas y aconsejadas para lograr sanar sus acciones en la conducta y una adecuación a las normas morales, con lo que la persona que dirigía los asilos por ejemplo, obtenía el poder de corregir las conductas desviadas a través del diálogo que en la mayoría de los casos no podía realizarse dada la falta de juicio del enfermo mental. La propuesta de Pinel y Esquirol fueron los precedentes que se utilizaron para la humanización del loco, lo cual fue tomado por los psiquiatras humanistas y puestas en primera plana frente al movimiento de la anti psiquiatría.

En Francia y en otros países europeos a los alienados por locura se los consideraba en el código civil español como incapacitados al igual que a los sordo mudos.

En el siglo XX se realizó una persecución contra las personas discapacitadas, una de ellas fue llevada adelante con el fundamento de mejorar la raza liderada por Adolf Hitler; además de las guerras mundiales otras que han sucedido dejaron introducir en la conciencia de la sociedad el problema referido a la discapacidad, en estos casos físicos en mayoría.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos se dio en 1948 mientras que en 1955 se aprueba el Programa Internacional de Minusválidos Físicos.

Modelos de fundamentación de la discapacidad.

Desde el Manual de Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) se entiende que “se han propuesto diversos modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento [de] esta

variedad puede ser explicada en una dialéctica de modelo médico vs modelo social” (Organización Mundial de la Salud, 2001, pág. 32).

Estos modelos son desarrollados y puntualizados por Andrea Padilla Muñoz a grandes rasgos en su artículo “*Discapacidad: contexto, concepto y modelos*” (2010) donde realiza el siguiente despliegue:

Modelo médico-biológico: por años fue planteado que algunas enfermedades tenían como producto final o efecto de ellas una discapacidad, el modelo médico – biológico puede extenderse para explicar los procesos. Las consecuencias de la enfermedad que serían las discapacidades tomadas como desviaciones de la normalidad en la estructura o en la función de la salud tanto del cuerpo como de la mente pueden entenderse o manejarse aplicando el mismo modelo. Frente a esto se extienden medidas terapéuticas de tipo individual. En este modelo se aplica que:

La discapacidad es un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados de forma individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está destinado a obtener la cura o una mejor adaptación de la persona o un cambio en su conducta. La atención sanitaria se considera como cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud. (Organización Mundial de la Salud, 2001, pág. 32)

Muchas discapacidades al no tener cura o recuperación en su totalidad, muestran los límites del quehacer del médico el cual debe dedicarse por completo a la búsqueda de la adaptación de las personas, demandas y exigencias sociales.

Este modelo sirvió para tener clasificación de las discapacidades y dar garantía de la intervención sobre las mismas, como también llevó a producir estigmatizaciones, marginación y desviaciones de las personas en condición de discapacidad. Este enfoque ha sido criticado por centrarse en las imposibilidades de las personas envolviendo al diagnóstico y a lo patologizante.

Por otro lado este modelo médico tiene como privilegios a la rehabilitación y a las políticas que intervienen a través de él a través de instituciones como hospitales, escuelas o colegios especiales y asilos.

Modelo de discapacidad social: este modelo postula a la discapacidad como el resultado de las condiciones, actividades, relaciones, estructuras que se encuentran insertas en un medio ambiente que fue creado y es habitado por el hombre además de las causas que derivan en algunos casos de la enfermedad que posee la persona.

Se entiende así que la discapacidad nace de la interacción de la persona con un medio ambiente en particular en donde se evidencian tanto las limitaciones como las desventajas que se tiene en dicho ambiente y definen un estatus de discapacidad.

La CIF refiere:

La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales. Lo que en el ámbito de la política (y del derecho) se constituye en un tema de derechos humanos (Organización Mundial de la Salud, 2001, pág. 32)

Entonces, en este modelo la discapacidad es social, un hecho social. El déficit que presenta la persona es evidenciado solamente en un medio social en el cual no se ha tenido la capacidad ni las herramientas para dar respuestas a las necesidades y demandas de la persona.

Desde esta perspectiva entonces, la discapacidad al ser una construcción social, no es de la persona en lo físico o mental, sino que lo discapacitante para la persona es el ambiente y las estructuras sociales que lo rodean. Este modelo, es próximo a la interacción entre el individuo y el ambiente; se crea la necesidad de dar respuesta a los requerimientos de las personas con discapacidad por la comunidad, sociedad y estado

con lo que se da inicio a la inclusión social, trabajo, vivienda, educación, transporte, salud, etc. como se expresa en la Declaración de los Derechos Humanos, valorizar a la persona para de este modo ayudar a identificar sus necesidades y crear respuestas que aporten a su bienestar.

Modelo de minorías colonizadas: este modelo es conocido con el nombre de político – activista de la discapacidad, es similar al anterior pero incorpora las luchas por los derechos de las personas con discapacidades. Se considera a la persona con discapacidad como aquella que es expuesta a una sistemática discriminación, marginación y explotada por la sociedad, es decir, miembro de una minoría. La posición que tiene la persona con discapacidad según este modelo dependerá de la población, del abandono que hace la sociedad y la política de estado en donde se encuentran y los problemas centrales son la incapacidad social para responder a las necesidades de las personas con discapacidad.

Por otro lado, este modelo asume al modelo médico como dominante donde se considera a la persona discapacitada incapaz de definirse, regularse y determinarse por sí misma. En términos generales, la persona con discapacidad al no poder regularse por sí misma no tendría derecho, lo cual genera mayores problemáticas de índole mental y cognitivas.

Estos planteos fueron retomados por movimientos que se generan para favorecer los derechos civiles y dan lucha para formar un colectivo con identidad que define al discapacitado dando lugar al planteamiento de problemas, limitando la marginación y estigmatización de los sujetos.

Modelo universal de discapacidad: Irving Kanneth Zola plantea el modelo universal de discapacidad, implantando que se debe realizar una lucha para terminar con la marginación y discriminación de la discapacidad en donde esta no sea un fenómeno universal. Por esto es que se debe buscar un planteo universal, entonces, este modelo nos dice que todos los seres humanos tenemos capacidades y falencias, ningún ser humano tiene todas las habilidades que le permiten adaptarse a las demandas de su entorno o de la sociedad. La discapacidad es relativa y esta misma debe ser expuesta en un contexto y ambiente determinado para un individuo dado para así tener noción

de la posición en la que el individuo se encuentra. Este modelo sugiere que se valore y acepte las diferencias que tienen las personas como una forma más de estar en el mundo ya que todos estamos en riesgo y la sociedad debe dar respuesta.

Los principales promotores de dicho modelo son los países desarrollados que poseen mayor historia en la temática, en sus intervenciones ya que se dirige a la sociedad en general y no a un individuo en particular, el discapacitado.

Modelo biopsicosocial: este modelo es basado en el medio ambiente en el que vive un individuo y su interacción con él. Es importante destacar que el sujeto tiene una interacción compleja con el estado, con su condición de salud física y mental como con los factores ambientales, entonces, ubica a la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica individual de un sujeto.

Para lograr, esto se debe realizar una integración de diversos factores, físicos, psicológicos, sociales con una mirada de la discapacidad que sea universal y que permita medir y clasificar, utilizando un lenguaje también universal y positivo para poder definir y clasificar la discapacidad por lo que la OMS genera esto en el CIF.

Todos estos modelos presentados han sido desarrollados y han evolucionado a lo largo del tiempo desde el ámbito médico hasta en el que se encuentran modelos más integrados incorporando de forma gradual los derechos de las personas con discapacidad.

Se requiere entonces tener en cuenta aspectos médicos, sociales, psicológicos, jurídicos que provean un mayor entendimiento de la discapacidad.

La noción de discapacidad en relación al concepto de normalidad.

El siguiente punto tiene relación con el desarrollo en articulación de los conceptos de discapacidad y normalidad, donde se tomaran aportes que tienen dicha perspectiva en la cual se va desvinculando la relación que se encuentra entre anormalidad y discapacidad; para lo que se tiene presente también desarrollos sobre el déficit que desde este punto es oportuno desnaturalizar.

En cuanto a los aportes de Carlos Skliar quien refiere a la discapacidad mencionando a una alteridad en la cual se pone en juego cuerpo, lenguaje, atención, aprendizaje,

conocimiento entre otras características con lo normal o una idea de la normalidad poniendo en tela de juicio al sujeto portador de dicha alteridad sin antes haber interactuado con él o sin conocerlo.

Una mirada de esta índole, es una mirada que condiciona y subestima la sensibilidad que se pueda tener frente dicha alteridad. Con esto hace referencia a un nuevo saber, el saber que deja de lado a la objetividad y a la mitificación de la normalidad, utilizando el lenguaje a través de la experiencia, involucrándose, ubicando al cuerpo como aquel que nos provee el conocimiento atravesados por las reglas de las vivencias y la convivencia, como con la cotidianeidad de cada sujeto.

En relación a esto se toman aspectos interesantes y novedosos para pensar la discapacidad del libro “*Discapacidad e ideología de la normalidad*” (2009) en donde sus autores, quienes integran un equipo de investigación interdisciplinario de la Facultad de Trabajo Social (UNER), se proponen pensar la realidad en la que convivimos con la noción de discapacidad y se interrogan si en algún punto el uso de este término puede ser o no estigmatizante, haciendo alusión a diferentes modismos como el “es discapacitado por” y a la forma en que también el término es utilizado de manera reivindicativa (“soy discapacitado por lo tanto...”) con lo cual se proponen conocer las formas de ser y estar en la construcción de lo que actualmente se denomina como discapacidad.

Este libro es coordinado por María Alfonsina Angelino y Ana Rosato quienes consideran tomar la noción de *normalidad* como punto de partida en su doble acepción, por un lado como cualidad de un estado natural y por otro como parámetro de condición de una norma o regla; en ambas acepciones define también a su opuesto, la anormalidad.

Si se hace referencia al cuerpo, un cuerpo normal, puede adaptarse de forma eficiente y eficaz a los requisitos de la vida productiva; entonces, lo normal, sería lo útil, eficiente, competente, eficaz, estándar, estereotipado. Lo normal se entiende como una convención destinada a la mayoría, es lo común, como lo son todos y de esta manera se ve en el valor que se le da a la palabra “normal”, si es lo que hacen todos, es como

debe ser, responde a una regla general con lo cual se lleva a deducir y comparar al ser con el deber ser de esta normalidad a la que se hace referencia.

Esta percepción que se tiene de la norma, que se encuentra más allá de lo social está dada como una ley de naturalidad que constituye a los sujetos, normales y anormales. Frente a esto se llega a diferentes representaciones según las autoras y bajo las cuales se encasillan los sujetos normales que tienen relación con un prototipo de hombre medio bajo del cual surgen las comparaciones, mediciones, estereotipos, modelos estándares y demás. Así nos enfrentamos a una medida o regla de cuáles serían los cuerpos a medida, bajo ciertos límites que son capaces de adaptarse al mundo normal.

Las autoras entienden que dicha norma constituye un universal que define una particularidad, una de sus particularidades podría ser la discapacidad donde las condiciones estructurales no se evidencian desencadenando actitudes que tienen relación con la protección, adaptación, asistencia, reparación, produciendo la exclusión.

Respecto de estas actitudes es como surgen diversos interrogantes acerca de la “exclusión”, la que a través de diversos mecanismos se remiten a una idea relacionada con las propiedades y carencias del individuo, de ser o no poseedor de ciertos atributos, cualidades que son fundamentales para llevar adelante y lograr la escolarización por ejemplo, inserción en el mercado laboral, etc. Sumando el sostén por parte de los organismos oficiales, jurídicos, académicos que imponen la relación entre inclusión y exclusión implícitamente en la responsabilidad o irresponsabilidad individual. Entonces, las autoras deciden

Considerar que la exclusión es producto de procesos sociales tanto como económicos y culturales; procesos que establecen una norma que prohíbe la inclusión de individuos y de grupos en una "comunidad" socio-política, histórica, en definitiva, y cuyo mecanismo fundamental es ideológico, ya que se funda en el discurso de verdad, crea la interdicción y la rechaza. (Rosato, 2009, pág. 30)

Por otra parte María Alfonsina Angelino refiere a una ruptura de los discursos oficiales como lo son el de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana

de la Salud, que utilizan el término “discapacidad”, en donde se piensa al discapacitado como aquel que es nombrado y sometido por un tercero, una sociedad o por un modismo de traducción.

En tanto se sostiene al discapacitado porque hay un alguien que lo discapacita inscribiéndose en el orden social, económico, cultural que produce una discapacidad en quien porta un déficit, haciendo de los sujetos personas discapacitadas.

El desarrollo que realiza la autora para pensar de otro modo a la noción de discapacidad lleva a la búsqueda de nuevas conceptualizaciones y significados de la misma. Con lo cual, lleva que se piense a la discapacidad diferenciándose de la deficiencia y de la enfermedad porque tal como es concebida, es en relación a las producciones sociales y relaciones de producción dentro de un encuadre de normalidad establecido en las sociedades modernas que apoyan firmemente a la medicalización y a la visión trágica como fenómeno de la sociedad capitalista producto de las condiciones políticas, económicas y sociales en la cual nos encontramos; frente a esto se deja ver que es la sociedad la encargada de discapacitar a aquellos sujetos que presentan, en términos de Skliar, alguna alteridad.

Como consecuencia de este desarrollo se pone en tela de juicio la idea de “déficit” ya que tiene relación con la cuestión de “normalidad”, del cuerpo normal, de un modelo que llevó al cuestionamiento de aquellas representaciones que entre los autores entendían que tenían naturalizadas.

En el desarrollo que realizaron las autoras pudieron comprender que el término *discapacidad* se encuentra en estrecha relación con el de *exclusión*, porque ambos se hallan dentro de un sistema que implica la clasificación y producción de sujetos en el marco de un parámetro de normalidad que lleva a la desigualdad principalmente entre aquellos que ejercen el poder de dar esta clasificación y quienes son clasificados, ubicándolos en una posición de exclusión. Para lo que es necesario entender a la “discapacidad como una forma particular de “construir” al otro distinto al nosotros en términos de desigualdad” (Rosato, 2009, pág. 52); proponiendo de esta forma pensar a la discapacidad como una producción social que se inscribe en los modos de producción y reproducción de una sociedad, lo que supone romper con la idea del

déficit el cual es construido para clasificar cómo y cuánto otro se aleja de la idea de cuerpo *normal*.

Ahora bien, los conceptos de normalidad y anormalidad son desarrollados por Foucault en el desarrollo de la forma disciplinaria del poder, son nociones que han constituido lo social. Dentro de la sociedad disciplinar el dominio se ejerce mediante una serie de dispositivos y aparatos que registran unos determinados tipos de sujetos, los cuales deben ser controlados y corregidos en el caso de que no se encuentren dentro de la norma, castigados.

El “anormal” es descrito por Foucault a través de tres figuras que van a representar la anomalía: la primera de ellas es la del “*monstruo humano*” y es tomada como una noción jurídica ya que va a representar a la violación de las leyes de la sociedad y de la naturaleza, es la combinatoria de lo imposible y de lo prohibido, es desacato en su máxima expresión, también es la figura a través de la cual se va a instalar de manera patológica al crimen por medio del pasaje realizado por la psiquiatría.

La figura del “*individuo a corregir*” aparece contextualizada en el siglo XVIII en el ejercicio del poder interno que se encuentra en la familia como institución al igual que en aquellas como lo son la policía, parroquia, el barrio, la iglesia, etc. este va a ser difícil de determinar ya que es próximo a la regla pero de difícil demostración que sea domesticado, es aquel que es incorregible porque se despliegan en aquellas técnicas de domesticación y corrección frente a las cuales se intentó corregir.

La tercera de las figuras es la del “*masturbador*”, surge a finales del siglo XIX, se desarrolla en el ámbito de familia, en un espacio más reducido, la cama, la habitación, el cuerpo. Sus principales características tienen que ver con la universalidad, porque si bien es entendida la masturbación como una práctica universal es al mismo tiempo desconocida, ubicada en el lugar del secreto, de un tabú. Viene a instalar en la cotidianeidad la idea de anomalía, articulando en un punto a la sexualidad con el cuerpo y la salud dentro de una organización familiar.

Estas tres figuras son las que constituyen la caracterización del “anormal” en lo que ha sido una justificación científica y moral como también social de las diversas clasificaciones acerca de los anormales para pensarlo desde el campo de la medicina y

la pedagogía como también en un campo judicial. Ahora bien, esta figura del anormal debió ser tomada desde su punto de vista positivo para llevar adelante la producción de sujetos normales, útiles para la producción fabril, ocultando la expulsión que esta misma generaría y aportó para la naturalización instalándose como una estrategia de homogeneización de la sociedad.

Por otra parte, los aportes de Canguilhem indican que la enfermedad es una variante de la normalidad, es decir, para conocer los fenómenos de la enfermedad se debe tener como parámetro los fenómenos que se presentan en lo normal. Entonces, el estudio de lo patológico es importante para conocer las leyes de lo normal.

Asimismo no se establecen criterios para definir lo normal, más bien se limita a igualarlo con lo natural y fisiológico, mientras que lo anormal tiene relación con el desvío de lo natural. También como característica de un equilibrio en el cuerpo se habla de estética, la cual será visible para los que saben y podrán percibirlo. Mientras que lo moral pasa a tener importancia frente a las prescripciones que se encuentran dadas y que no podrían suceder de otra forma, saliendo de lo normal.

Canguilhem al ser uno de los primeros pensadores en estudiar la problemática de lo normal y lo patológico, se encarga de rastrear los orígenes del término norma y refiere:

Cuando se sabe que norma es la traducción latina de escuadra y que “normalis” significa “perpendicular”...una norma, una regla es aquello que sirve para hacer justicia, instruir, enderezar. Normar, normalizar, significa imponer una exigencia a una existencia, a un dato, cuya variedad y disparidad se ofrecen, con respecto a la exigencia, como algo indeterminado, hostil y extraño... una norma se propone como un posible modo de unificación de una diversidad, de reabsorción de una diferencia, de un arreglo de un diferendo. Pero proponerse no significa imponerse. A diferencia de una ley de la naturaleza, una norma no condiciona necesariamente su efecto. (Canguilhem, 1971, pág. 187)

Frente a esto, la norma va a tener como fin universalizar la buena forma, instruir para enderezar lo irregular, manifestándose en un modo de corregir lo que se encuentra desviado a través de un juicio de valor basado en lo natural.

Las formas en las que funciona la normativización sería un proceso a través del cual se atravesaran los diferentes campos jurídicos, técnicos, pedagógicos para llevar adelante una homogeneización fundada en las buenas formas. En los campos que conciernen al saber patológico, se conformarán en la base del saber que se le otorga al médico, dando a este la autoridad para distinguir lo normal de lo patológico discriminando lo regular de lo irregular, lo desviado de lo correcto.

Cuando este estado de naturaleza dejó de ser el pensamiento clásico para mantener el equilibrio del mundo, se instaura un nuevo saber que tiene su base en la cientificidad de las normas, conciencia de razón y reglas. La vida de los ciudadanos debía ser regulada y normativizada por el estado, estableciendo una soberanía del poder al punto de que se realizaban espectáculos públicos de ajusticiamiento, lo que fue desapareciendo a fines del siglo XVIII, pasando a ser algo que debía pertenecer al ámbito privado y donde la muerte pasaría a ser un nuevo tabú además de lo sexual.

Michel Foucault en “Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber” (2009) indica que a partir del siglo XIX surge la constitución de una nueva forma de ejercicio del poder, la *biopolítica*. En los antiguos regímenes, como por ejemplo en las monarquías, se consideraba que el poder de regular la vida de los ciudadanos era establecido a través de actos de ajusticiamiento público donde el monarca impartía su poder absoluto; luego con los estados modernos, la muerte pasó a ser un tabú y estos rituales públicos pasaron a ser reducidos a lo privado. Con la formación de nuevas tecnologías de poder se introduce el derecho al dejar vivir para que la vida sea entendida como el lugar del ejercicio del poder, porque de lo contrario, con la muerte el ejercicio del poder culmina allí.

Es a raíz de esto donde la vida de los ciudadanos comienza a ser regulada y se distinguen para ello dos conjuntos de técnicas del *biopoder*: la *anatomopolítica* quien se caracterizará por controlar a alguien, vigilar, observar su comportamiento y aptitudes para intensificar el rendimiento y aumentar sus capacidades, situándolo en un lugar más útil, entendiendo al cuerpo como máquina.

Por otro lado, la *biopolítica* quien se complementa con la anterior y no trabaja con el cuerpo-máquina sino con la aparición del cuerpo masificado de la especie humana, es

decir, con la población situándola en el lugar del problema político; problema científico y político, como problema del poder. Es a raíz de esto que como mecanismos de las mismas Foucault refiere a que se deberán preparar mecanismos reguladores que puedan determinar un equilibrio en la población como lo son los censos, medida de natalidad y mortalidad, control epidemiológico, etc. a través de los cuales las herramientas principales son la vigilancia y el control. Tanto en una como en la otra, el cuerpo debe ser normal, con esto la medicina pasa a tomar un lugar primordial en la ciencia de la normalidad.

Lo normal y lo sano era formulado a través de un juicio de valor que adquiere una significación tal “como son todos es como se debe ser”, dejando sentado que el sujeto normal entonces es el prototipo de un hombre ideal con el cual todos debemos ser medidos, comparados y clasificados. De este hombre el primero en hacer mención alrededor del siglo XIX fue Adolphe Quetelet formulando el concepto de *hombre medio* como construcción de un individuo promedio a una regularidad normal, siendo una construcción abstracta de un individuo inexistente a través de lo cual las características del individuo pasaron a ser medidas en base a este prototipo de hombre medio. De todas formas estas representaciones de normalidad formuladas hace tantos años atrás continúan siendo utilizadas teniendo como común denominador, lo que plantea la mayoría, lo cotidiano, lo normal, lo estándar, etc.

Esto apoya lo que Foucault desarrolla acerca de la biopolítica, donde se alude a una dimensión del cuerpo como máquina o cuerpo como especie, donde el cuerpo puede y debe ser normal y para ello la medicina toma un papel fundamental consolidándose como ciencia de la normalidad. Cuerpo que con el avance de las ciencias permite el desarrollo en nuevos conocimientos, pero al cual se le exigen para la producción, en este caso se habla de una producción capitalista, donde el papel del médico se torna fundamental en el sentido de ser una agente del control de las enfermedades y un agente productor de individuos sanos.

Para Foucault, los médicos comenzaron a tomar la organización de los espacios, a raíz del temor por las epidemias y contagios de algunas enfermedades de forma progresiva. Esta organización era llevada adelante en forma de cuadrícula en la cual todo podía

ser visto y vigilado. Se instala entonces la noción de higiene pública, en la cual a través de la vigilancia y clasificación se comienzan a realizar las cuarentenas distribuyendo a los individuos de tal forma que no perjudiquen a los que gozaban de buena salud.

Como consecuencia surge la medicina laboral, que se preocupa por los pobres y trabajadores por el riesgo de peligrosidad; con esto vuelve a tomar importancia la administración de los espacios como estrategias de control y el poder político interviene en la sociedad instalando leyes para proteger a la población.

Estas estrategias que se utilizaban para llevar adelante la moralización de la sociedad no eran claras y estaba dentro de sus posibilidades que ocurra un desorden social, pero la producción de los sujetos para la dedicación fabril era uno de los puntos más importantes ya que estos serían de ayuda para mejorar la producción.

Considerando la concepción de discapacidad que se desarrolla por parte de los organismos oficiales, OMS Y OPS, donde por un lado se establece a la discapacidad como parte de la condición del ser humano de forma temporal o permanente y por otro se enfoca la mirada en los déficits que generan limitaciones en la actividad como restricciones en la participación; entendiéndose de este modo como una condición de anormalidad que provoca dificultades en la comprensión, aprendizaje y memoria.

Al mismo tiempo, estos organismos hacen alusión a la igualdad de derechos que debe establecerse en diversos ámbitos en los cuales convivimos: social, civil, político, económico y cultural; pero en la búsqueda de dicha igualdad, nos encontramos con diferentes posicionamientos que implican otras formas de entender y relacionarnos con el concepto de discapacidad, las cuales son expuestas en los modelos de discapacidad que fueron presentados y permite que surjan interrogantes para saber desde donde cada uno toma posición.

Con respecto al modelo de discapacidad social donde se establece que la persona presenta un déficit que es evidenciado por el medio social, donde no se encuentran capacidades y herramientas para dar respuesta a las demandas y necesidades de las personas; dado que el ambiente en donde nos encontramos inmersos y las estructuras sociales que nos rodean son discapacitantes.

Considerando que en dicho modelo surge la idea de déficit, es que nos interrogamos para articular los conceptos trabajados y realizar un análisis respecto de ello; porque al plantearlo de este modo, estaríamos referenciando a la idea de que no se es acorde a una norma por presentar un déficit.

Lo dicho hasta aquí, supone que tomando los desarrollos que implican pensar a la discapacidad desde una idea de normalidad, desnaturalizando aquello que trae aparejado la concepción de un déficit y que nos permita posicionarnos desde un lugar donde la discapacidad sea entendida como una alteridad, implicando pensar en la condición de ser otro, contrario.

Capítulo II – Discapacidad & psicoanálisis

Para pensar en el trabajo dentro del ámbito de la discapacidad, nos interesa construir una perspectiva desde el psicoanálisis, la cual se caracteriza por causar efectos subjetivos. Esta propuesta apunta a trabajar con las problemáticas que presenta un sujeto, sujeto del lenguaje, donde es importante abordar las cuestiones relacionadas con el inconsciente y el deseo, con la estructuración psíquica de cada sujeto.

“El uso cotidiano (del término) discapacidad... se refiere a que algo falla en la capacidad de funcionamiento de una persona, ya sea en el nivel mental, motor o sensorial”. () “pero hay otro aspecto de la cuestión que es imprescindible no dejar de lado: mientras que la deficiencia mental es una variable pasible de ser determinada desde la dotación de lo orgánico-biológica con que se nace, la estructuración del aparato psíquico, en cambio, es contingente, acontece a posteriori, no depende de la biología sino del lugar que el Otro le ofrece al recién llegado, especialmente en los primeros años de vida”. (Bruner, 2017, pág. 47)

El aporte del psicoanálisis para estudiar la discapacidad intelectual apunta a “ubicar y precisar con máxima rigurosidad y precisión cuál es o cuáles son los órdenes a los que responde el obstáculo, dificultad, límite o tope y cuya solución o respuesta no puede estar determinada previamente” (Bruner, 2017, pág. 48).

También nos valdremos de los aportes de Alicia Fainblum (2008) para analizar la clínica de la discapacidad, específicamente a lo que se pone en juego y cómo se juega el lugar del profesional en el abordaje de la discapacidad, para lo cual dice que:

Al enfrentarse con el límite consecuencia del déficit orgánico, se ponen en juego aspectos de su subjetividad: aquello que se presentifica es la “dimensión de la falta”, se enfrenta con la posibilidad del límite, de la propia falta, lo que puede generar con una intensidad variable el sentimiento angustiante que Freud ha conceptualizado como “angustia de castración” (Fainblum, 2008, pág. 103).

En relación al rol de los profesionales, la autora destaca aquellos que se apoyan en un discurso fundamentado meramente bajo el discurso del conocimiento científico, por

representar un estatuto de verdad absoluta y omnipotencia en el uso de las técnicas, con lo que:

A partir de *clasificaciones nosográficas* y descripción de la sintomatología, enuncian un *diagnóstico, pronóstico y tratamiento – sujeto al margen-* donde a lo que se apunta es a *reparar, enmendar una función* del cuerpo o de la cabeza con *técnicas* a las que se adhiere con una fe incuestionable y con reeducaciones que apuntan a la adquisición de determinados y precisos *patrones de conducta*. (Fainblum, 2008, pág. 104)

Este tipo de intervenciones son definidas por Fainblum como aquellas que presentan efectos desubjetivantes y discapacitantes. De esta forma, ignorando los aspectos específicos y contextuales de cada persona se reduce al sujeto en objeto.

Siguiendo sus postulados, lo que se busca cuestionar no es la consideración del déficit orgánico, sino el rol del profesional de la salud –de todas las disciplinas, no solamente el rol del psicólogo– y su formación, en tanto pueda reconocer la problemática y su complejidad, irreductible a un simple diagnóstico clínico, lo cual resulta fundamental para que pueda elaborar un tratamiento adecuado para ese sujeto.

También consideramos importante destacar la distinción que realiza la autora, a saber, entre el cuerpo anatómico y el cuerpo pulsional. Por un lado el cuerpo puede interpretarse desde el aspecto meramente biológico, generando una mirada objetiva a partir de las descripciones de lo visible, y construyendo una imagen del cuerpo que es observada. Por otro lado, desde los análisis de Freud con pacientes histéricas se abre la dimensión del inconsciente y sus significaciones.

En ese momento, Freud nos mostraba en *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (1893 [1888-93]) que la histeria puede tener la facultad de simular afecciones nerviosas. Esto remite a que pueden presentar las mismas características que las parálisis orgánicas, pero se distinguen de éstas por otras particularidades, principalmente por su origen, en tanto, la parálisis es producto de representaciones o ideas del paciente y, en todos los casos, se ha encontrado que el órgano o la función fisiológica afectada se encuentran asociados a un gran valor afectivo.

Sin ir más lejos, esta breve referencia muestra que sería insuficiente trabajar el ámbito de la discapacidad desde un plano exclusivamente médico. El diagnóstico que desde esta disciplina puede ejercerse limita a pensar al individuo a partir de sus condiciones orgánicas/biológicas. Por su parte, el psicoanálisis considera el diagnóstico médico como un aspecto importante, pero ubica al sujeto en un lugar diferente: lo ubica en su singularidad. No aísla su afección orgánica de su contexto y busca identificar las marcas significantes que componen la estructuración del aparato psíquico en simultáneo con la construcción de ese cuerpo.

Tanto el sujeto como el cuerpo son efecto del encuentro del organismo con el lenguaje, uno y otro no son anteriores a esta afectación y, por el otro, hay una diferencia entre sujeto y cuerpo. Hay que dejar de serlo (cuerpo - organismo) para tenerlo. (Fainblum, 2008, pág. 60)

Lo que propone la autora, desde esta perspectiva psicoanalítica, es tomar un posicionamiento alternativo al de la mirada psicopatologizante, en el cual no se pierdan de vista las problemáticas que son planteadas por el sujeto.

Así mismo, desde el psicoanálisis se busca que la intervención profesional ponga énfasis en las potencialidades del sujeto con el que se va a trabajar, evitando de esta manera caer en la objetividad del diagnóstico médico y contribuyendo a trabajar en el plano de las posibilidades antes que en el plano de las limitaciones. En otras palabras, “mientras que la ciencia no se pregunta por sus consecuencias ni por el sujeto, el psicoanálisis lo reivindica desde su propia ética” (Fainblum, 2008, pág. 18).

Otro de los puntos centrales, esenciales para el análisis que llevaremos a cabo, es la diferenciación conceptual entre *discapacidad intelectual* y *debilidad mental*; donde entran en juego factores de orden psíquico, tal como afirma Fainblum, “encontramos sujetos en posición de debilidad mental, presenten o no discapacidad intelectual u otro tipo de discapacidad” (Fainblum, 2008, pág. 19).

Fainblum menciona a Maud Mannoni (1964) para puntualizar que la madre

Es la primera en rescatar al niño diagnosticado con retardo mental del campo de la medicina, la psiquiatría y pedagogía reeducativa, dándole cabida en el

psicoanálisis al interrogarse por la subjetividad, y ello en su paradigmático libro: “El niño retardado y su madre”. Pone en el tapete de la discusión cómo el destino del mismo suele ser el de “objeto protector” de la madre y de allí “objeto” de todas formas de reeducación y domesticación. (Fainblum, 2008, pág. 19)

Desde este lugar, podemos retomar los aportes de Jacques Lacan sobre la posición subjetiva debilitada, no sin antes aclarar que la debilidad mental no se trata de una nueva estructura psíquica, como lo son las neurosis, psicosis y perversión, sino de un efecto posible de la constitución del sujeto dentro del campo del lenguaje. En el *Seminario 19* (1972), en su clase del 15 de marzo, refiere:

Llamo debilidad mental al hecho de ser un ser hablante que no está sólidamente instalado en un discurso. Eso es lo valioso del débil. No es posible definirlo de ningún otro modo si no es el de estar, como se dice, un poco despistado, es decir que, entre dos discursos, fluctúa. Para estar sólidamente instalados como sujetos, debemos atenernos a uno, o bien saber pues lo que hacemos. Pero no por estar al margen sabemos lo que decimos. (Lacan, 2012, pág. 129)

Respecto de esto, Alejandro Martín Contino desarrolla una posible articulación con los cuatro discursos de Jacques Lacan y la situación actual de discapacidad que son interesantes para tomar el aporte del psicoanálisis a trabajos en el ámbito de la discapacidad; en su artículo “*Discapacidad mental y debilidad mental. Aportes desde el psicoanálisis*” publicado en la Revista Iberoamericana de psicología (2013). El autor observa que los tratamientos realizados en el ámbito de la discapacidad nos podemos encontrar con tratamientos crónicos, esto refiere a la dependencia que se genera en este tipo de abordajes en donde la patología misma no basta para justificar estos efectos.

Se piensa la posición del analista en establecimientos que abordan estas problemáticas y es así como propone pensar la situación de discapacidad mental relacionada con los conceptos desarrollados por Lacan acerca de los cuatro discursos, para correrse del trabajo con el clásico dispositivo de análisis acerca de la asociación libre y atención flotante. Para quien el discurso es entendido como algo similar a la estructura, porque

a través del lenguaje se lleva adelante el lazo social, constituyendo modos de relacionarse con el otro.

La estructura de los discursos es entendida a través de cuatro términos que son representados de forma algebraica: (S1) el significante amo – (S2) cadena significativa – (a) objeto – (S) sujeto, estos elementos se relacionan de acuerdo a la distribución de los lugares que van a ocupar, los cuales reciben también su nominación:



Teniendo en cuenta las posiciones mencionadas, pueden tomarse a raíz de ellas cuatro discursos diferentes. Para pensar la formación del lazo social es necesario esta operatoria la que dará como resultado de su escritura los cuatro discursos planteados por Lacan: *del amo – de la histérica- del analista y del universitario*.

Con esto Contino lleva adelante pensar el modelo actual que se sostiene en el ámbito de la discapacidad con el modelo médico individual, que es un modo de abordaje que está orientado por la certeza de una diferencia entre las personas consideradas en situación de discapacidad y las consideradas normales. Esta diferencia a la que hace mención es relacionada con algún impedimento, anomalía o déficit y se retoma esta noción de déficit nuevamente como una entidad que constituye a la discapacidad.

Esto apoya la analogía que el autor hace entre lo que Foucault describe en su desarrollo de la sexualidad como proceso de medicalización y déficit citando el siguiente párrafo

La mecánica del poder que persigue a toda esa disparidad no pretende suprimirla sino dándole una realidad analítica, visible y permanente: la hunde en los cuerpos, la desliza bajo las conductas, la convierte en principio de clasificación y de inteligibilidad, la constituye en razón de ser y orden natural del desorden. (Foucault, 2009, pág. 46)

Esto se relaciona con el individuo de forma directa, el déficit con la salud y esta diferencia es establecida como signo de la patología. Él lo lee como una desventaja

social porque los individuos no tienen la posibilidad entonces de transitar por la sociedad de la misma forma que los otros ya que no presentan iguales características, lo que se intenta realizar es una cura o rehabilitación de la persona con discapacidad pretendiendo que sean normales. Para esto el estado da respuesta de forma compensatoria a través de intervenciones terapéuticas, laborales, tratando de igualar las condiciones y los derechos.

En el modelo médico individual se da prioridad al abordaje individual y con la fundamental prioridad a la forma del saber disciplinar con lo que aquellos profesionales que se dedican a la salud deben dar garantía de dicha rehabilitación y de los procesos de integración de las personas con discapacidad, dando sentido dominante al saber.

El saber, toma la característica de “saber más” dirigido a un objeto que debe ocupar un lugar determinado y hacer determinadas actividades, haciendo coincidir con lo que se espera de él. Desde esta perspectiva, se propone a la persona con discapacidad mental que cumpla con una serie de requisitos necesarios que tienen que ver con una cadena de trámites burocráticos a realizar que son diferentes estudios de tipo diagnóstico, clínicos, elaboración de certificados, inscripciones en instituciones determinadas para llevar a cabo procesos de psicodiagnósticos, exigencias de tratamientos y asistencias a los mismos, los cuales deben ser corroborados a través de modelos establecidos de grillas que determinan el horario y lugar antes señalados.

Todos estos requisitos mencionados son complejos y están determinados por una serie de características (en relación a los trámites que se deben formalizar), que corresponden de ser cumplidas sin que en algún momento se realice una intervención para confirmar los aspectos de la persona que luego recibirá los beneficios que desde el estado se le otorgarán por haber llevado adelante de forma correspondiente todo el sistema burocrático antes mencionado.

No se explica, no se justifica, no hay diálogo, lo único que se encuentra es la explicitación del trámite que debe realizarse. Es una situación llevada adelante por un sistema político que determina y direcciona la forma en la cual un grupo de individuos va a transitar por lo social.

Respecto de esto, Contino toma de Lacan una analogía sobre el régimen del ilota; quien era un siervo del estado en la antigua Grecia, un individuo que se encontraba desposeído de sus derechos pero repleto de obligaciones como por ejemplo, formar parte de los ejércitos en los momentos que había guerras. Los ilotas eran regulados por el estado a través de cacerías, torturas, etc. para regular de acuerdo a las necesidades del estado un equilibrio en sus políticas de producción y defensa frente a las rebeliones de la época. Este personaje era tenido en cuenta para ajustar y modificar lo que era necesario para el sistema; con lo cual deja en evidencia lo que el discurso promueve, tiende a objetivizar a quien el saber va dirigido dejando de esta manera por completo afuera todo rasgo que tenga relación con la subjetividad.

El autor relaciona este desarrollo con el *discurso universitario* el cual está compuesto por el *significante amo* en el lugar de *verdad*, al *saber* cómo *agente*, al *objeto* en lugar del *otro* y como *producción* al *sujeto dividido*. Lacan menciona que en su disposición fundamental se muestra en que se apoya el discurso de la ciencia, lo que implica todo el repertorio de trámites burocráticos que deben realizarse y funcionamiento que debe cumplirse.

En definitiva, se piensa como una situación desubjetivante a dicho funcionamiento, ya que pone en el lugar de objeto a todo aquel al que va dirigido y que no se tiene nada que preguntar, lo cual se sostiene con la cantidad de beneficios que se esperan para él de acuerdo al régimen que se establece en estos individuos.

Concluye que los establecimientos educativos, tanto como aquellos que se encuentran en el ámbito de la salud (centros terapéuticos que dedican su abordaje a la discapacidad) insertan a los individuos dentro de esta lógica que encuentra su caracterización en el *discurso universitario*, pero que lo que motiva al autor es pensar la forma en la cual se pueda introducir a la persona sin dejarla reducida a esta posición de objeto.

Aclara que desde el psicoanálisis se entiende a la noción de sujeto diferente a la de individuo, porque sujeto hace referencia al hecho de que en el ser humano se depende del lenguaje, con lo cual, solo puede emerger representado a través de un significante, quedando un resto, una falta que hace imposible el acceso de forma directa a su deseo,

el que solo aparecerá por la habilitación de la falta que es constitutiva de todo ser. Puesto que promover una posición subjetiva en la cual no haya una pregunta en relación al deseo y todo aquello que frente a un rastro de subjetividad sea leído como una falla lleva o puede llevar a la *debilidad mental*.

Retomando la idea de debilidad mental, donde Lacan expresa que flotar entre los discursos es lo valioso del débil mental, porque tiene relación con la duda, con el permitirse pensar en un interrogante acerca de la debilidad mental y el déficit. El autor se interroga acerca de lo valioso del débil mental, si podría aportar esta posición a un sujeto y cita a Freud para decir que una de las cuestiones más valiosas para el sujeto podría ser la producción de placer y poder evitar el displacer.

En la posición subjetiva de debilidad mental, que puede producirse en cualquiera, no es una exclusividad de la discapacidad mental, se produce de forma ventajosa una dificultad para enfrentarse con el deseo del Otro. Siguiendo su punto de vista, lo más difícil para la subjetividad será cuando se estructure de forma cotidiana y se presenten posibilidades mínimas de su emergencia, para la cual da el siguiente ejemplo “cuando un profesional autorizado en la legitimidad científica de su saber, le diga a una persona discapacitada lo que tiene que hacer, por su propio bien, cada día, todos los días” (Contino, 2013, pág. 37). De esta forma, el profesional va a funcionar desde el *discurso del amo* donde en el lugar de *agente* se encuentra el saber o la *cadena signifiante*, donde el sujeto obedece al mandato sin que se pregunte nada al respecto.

Lacan marca al respecto que el amo tiene un deseo, pero no se dará cuenta de esto ya que al producir una transferencia de saber no quiere decir que esté interesado por completo en ese saber, sino más bien, lo produce para que la cosa funcione. Mientras que el amo disponga de un esclavo para llevar adelante esta transmisión y todo marche adelante, queda oculta su castración.

Aquí se plantean dos posibilidades de hipótesis respecto de estos dos discursos“ el discurso universitario como régimen fundamental del ámbito de la discapacidad mental, produce debilidad mental en los individuos allí incluidos, y requiere para su reproducción, que los profesionales intervengan desde una modalidad correspondiente a la lógica del discurso del amo” (2013, pág. 37); para avanzar en esto, el autor se

cuestiona acerca de qué forma puede ubicarse un psicólogo para no favorecer la producción de debilidad mental y en función refiere a que sería asombroso que pueda lograrse en una persona en situación de discapacidad un posicionamiento subjetivo, que emerja en ella algo del orden de la subjetividad.

Por otra parte, plantea la existencia del modelo social de la discapacidad como aquel que viene a interrogar este modelo médico individual. Ahora bien, fundamenta sus preguntas en que el funcionamiento de los establecimientos está atravesados por el discurso del universitario y se exige a los profesionales que accionen de acuerdo al discurso del amo. Pese a esto, se toma como referencia lo que Lacan advierte sobre el discurso del amo, que es el reverso del discurso del analista, lo que enlaza interrogarse cuestiones en torno a qué llevará esta posición que implica posicionarse en oposición al dominio.

Llegado a este punto, si se presenta una dificultad, desobediencia, complicación, conflicto o duda frente a una propuesta, podría tenerse aquí una lectura desde la posición del analista, como una respuesta que es posible de alguien que no quiere ocupar o posicionarse en tal lugar.

Lacan nos propone que en el *discurso del analista*, la función que tendrá el analista es volver a hacer del saber un elemento de dominio, con lo que el trabajo que un analista llevaría adelante en este tipo de establecimientos (de abordajes de la discapacidad) puede ser beneficiado si lo pensamos desde la teoría de los discursos ya que como plantea Contino, el profesional no va a poder encontrarse ubicado en la posición de favorecer a través de un modo de inclusión sino más bien apostando a abrir otras formas y modos de transitar en los espacios sociales.

Sería productivo que las personas puedan tener un aprendizaje construyendo una autonomía que le permita tener significaciones respecto de lo que se está haciendo y no aprender de forma mecánica como debe actuar o qué debe hacer; proponiendo autonomía desde un lugar que le permita situarse en relación al otro sin depender, tomando distancia de él, “para probar permanentemente modos posibles de habilitar la emergencia de la subjetividad en un régimen que se sostiene justamente en base a su aplastamiento” (Contino, 2013, pág. 39).

Todavía cabe señalar los aportes de Pablo Peusner (2010) quien va más allá en una reflexión sobre los discursos y la posición del débil mental, tratando de encontrar lo valioso del débil. Realiza una búsqueda de las acepciones del verbo *flotter* en francés y ubica entre tantas a: dudar, estar indeciso, balancearse, moverse sin poder fijarse, además de *flotar*.

Lo importante entonces no va ser entre que discursos se ubique el débil mental, sino que no puede fijarse a ninguno de manera completa y por ser incompleta la forma no queda por fuera del discurso. Lo particular del débil es la manera de enfrentarse o vincularse con el saber y aquí Peusner cita la clase del 1° de Diciembre de 1974 de Lacan en el Seminario 22 donde este habla del *intellegre*, del entre-líneas, lugar al que el débil se niega a acceder porque allí es donde se lee el deseo del Otro. El débil con esto no se relaciona queda pegado a la cadena significativa, con lo cual, es difícil pensar en un discurso que lo represente como sujeto.

“La debilidad queda como una operación que tiende a eliminar la enunciación, la pregunta por ¿qué es eso que me decís en lo que me decís?, nivel que genera siempre un malestar, ya que es el nivel donde se manifiesta el deseo del Otro” (Peusner, 2010, pág. 24) al no haber encuentro con el deseo, entonces no hay pregunta que abra esa dimensión.

En cuanto a mí, debo decir que me habitué bastante bien a esto en los primeros tiempos de mi experiencia. Yo estaba admirado de ver la cantidad de brotes de verdad que recogía, cuando por inadvertencia había tomado en análisis lo que Freud - ¡cómo se equivocó! - parecía tener que apartar de allí, a saber, un débil mental. Y debo decir que no hay psicoanálisis que ande mejor, si se entiende por esto la alegría del psicoanalista. Quizá no sea por completo lo único esperable de un psicoanálisis, pero es claro que, dado que éste detenta verdades que hace salir en estado de perlas, perlas únicas - término que sólo mencioné hasta ahora a propósito de la mentira -, se necesita, pese a todo, que no todo sea tan débil en el débil mental. ¿Y si fuera un vivo el débil mental? (Lacan, Seminario 16: De un otro al otro, 2008, pág. 162)

Se pregunta por el interrogante final que se hace Lacan y menciona que son personas incapaces de entender lo que pasa a su alrededor, pero que portan verdades asombrosas. Ahora bien, intenta ubicar al débil mental en los diferentes discursos llevando adelante el planteo de que el débil tiene dificultades con el saber y justamente en el *discurso del amo*, el saber tiene un lugar particular, lugar de reserva en el lugar de la verdad, tratándose de un saber supuesto que Peusner sugiere leer de forma particular.

Menciona que siempre que llega a consulta un niño (es el ejemplo que da), se entiende que además de haber un motivo de consulta puntual, a ese niño le pasa algo, de lo cual no se sabe qué. Es importante tener esto presente, porque más allá de lo que se vea a simple vista, es necesario suponer que hay algún lugar de la cadena significativa que explicará el asunto que se manifiesta en forma sintomática; esa suposición es lo importante, porque abre a la posibilidad de que haya en algún lugar un saber que explique lo que hasta el momento es inaccesible.

Por consiguiente, se cree que con dichos aportes podría pensarse en un nuevo aprendizaje, construyendo una autonomía que permita adquirir a las personas significaciones al respecto de lo que se está haciendo y no imponer de forma mecánica un saber que se relacione con los modos de actuar o de lo que deba hacer.

Dicha autonomía permitirá situarse en un lugar que implique la relación con otro, pero sin depender de él, tomando distancia para probar diferentes formas y modos posibles de habilitar la emergencia de subjetividad y no el aplastamiento de la misma.

Capítulo III – Sujeto

El propósito de este capítulo tiene relación con el desarrollo de la noción de sujeto para el psicoanálisis; para lo cual creemos oportuno situar al psicoanálisis como teoría y práctica, que fueron iniciadas por Sigmund Freud como “un método de investigación de los procesos mentales inconscientes, un método para tratar los trastornos neuróticos y un conjunto de teorías sobre los procesos mentales reveladas por el método psicoanalítico de investigación y tratamiento” (Evans, 2007, pág. 153).

Jacques Lacan, llevo adelante un modo original de discutir el psicoanálisis determinando una manera particular de conducir la cura, sosteniendo que la misma es un modo de discurso científico, siendo una disciplina autónoma, que puede tomar conceptos de otras disciplinas para trabajar, lo que no significa que dependa de alguna de ellas.

La clínica psicoanalítica surge frente a la necesidad del padecimiento subjetivo, como contracara a la clínica de la mirada, de los signos, síntomas y síndromes, habilitando en este lugar a una escucha y la lectura respecto de la misma. Cabe aclarar que la clínica psicoanalítica no es tomada como una psicoterapia que tiene como propósito la cura sino que su meta es articular la verdad.

Retomando esta idea y pensando que la clínica está dirigida a un sujeto, surge la siguiente pregunta ¿de qué sujeto estamos hablando?, para formarnos una noción de sujeto desde el psicoanálisis es que llevaremos adelante su desarrollo con el propósito de orientar la perspectiva de nuestra investigación.

En el psicoanálisis, el concepto de *sujeto* no coincide con el concepto de *individuo* de la biología, tampoco con el concepto de *persona* utilizado desde lo social e histórico del término, tampoco con la idea de *ciudadano* que es legal y política; con lo que podríamos decir que Lacan desarrolla su propia acepción de la noción de *sujeto*.

Para introducirnos en el desarrollo de esta noción, tomamos algunos aportes de Guy Le Gaufey (2010) quien pone énfasis en el recorrido realizado por Lacan en el transcurso de sus seminarios donde realiza relaciones y va redefiniendo algunos

términos extraídos de los aportes freudianos; como también extrae conceptualizaciones de otros autores.

La palabra *sujeto* se encuentra en estrecha relación con la de *significante* y Lacan lo argumenta de la siguiente forma:

Dicho esto, es preciso no omitir nuestra suposición básica, la de los analistas: nosotros creemos que hay otros sujetos aparte de nosotros, que hay relaciones auténticamente intersubjetivas. No tendríamos motivo alguno para pensarlo si no tuviéramos el testimonio de aquello que caracteriza a la intersubjetividad: que el sujeto puede mentirnos. Es la prueba decisiva... (Lacan, Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, 2008, pág. 366)

Con esto Lacan deja entre ver que el sujeto, se ubicaría en un lugar de verdad porque puede mentir, aunque no por ello sea posicionado como un sujeto mentiroso.

Tomado el sujeto en los desfiladeros de la demanda, el “niño” se embarca con el Otro en una relación significativa en la que este Otro solicitado puede responder o no, con lo cual la respuesta a la demanda será desdoblada en un valor de satisfacción y prueba de amor. Ese niño, buscara encontrar en el Otro el significante que lo represente como sujeto y de esta forma probaría la buena voluntad del Otro con respecto a él, probar que ese sujeto es el destino del amor manifestado por las respuestas que se dan a sus demandas. Esto implica una tragedia común según el autor, donde impactará al sujeto y al Otro; quien se encuentre en la imposibilidad de brindar una respuesta semejante, un significante, porque es a su vez también sujeto.

Respecto de la intersubjetividad, Lacan hacia el fin de su seminario *El deseo y su interpretación*:

Es en tanto que el Otro es un sujeto como tal, que el sujeto en ese momento se instaura y puede situarse él mismo como sujeto, que se establece en ese momento esa nueva relación al Otro por la cual tiene que hacerse reconocer, en este Otro, como sujeto. Ya no más como demanda, tampoco como amor, sino como sujeto. (Lacan, Seminario: Libro 6: El deseo y su interpretación., 2014, pág. 411)

Es entonces, que nos encontramos con una situación en donde un sujeto se las está viendo directamente con ese Otro y a la espera de ser reconocido como sujeto. Tenemos el Otro-sujeto, que está desprovisto de lo que le permitiría garantizar el valor de sus actos y sustraerlos al deslizamiento indefinido de la significación; además el Otro “tesoro de los significantes” que no se encuentra en condiciones de producir ese que testificaría del destino de su amor o buena voluntad y valdría como significante/signo de ese sujeto.

Lacan toma el término *significante* de *Ferdinand de Saussure*; para quien el significante es el elemento fonológico del signo, no su sonido, sino la imagen acústica que significa a su vez un significado. Para Lacan el significante es primario y produce el significado; es un elemento material sin sentido que va a formar parte de un sistema cerrado. Al mismo tiempo, entiende que el lenguaje es un sistema de significantes, con lo cual, afirma que los significantes son combinados en cadenas significantes siguiendo las leyes de la metonimia; que significa cambio de nombre, haciendo mención a una cosa con el nombre de otra.

Define al significante como “lo que representa a un sujeto para otro significante, en oposición al signo que representa algo para alguien” (Evans, 2007, pág. 177). La única condición que caracteriza a algo como significante es que esté inscripto en un sistema que adquiera valor por exclusivo en virtud de su diferencia con otros elementos del sistema; el significante nunca puede tener sentido fijo porque su sentido varía según la posición que éste vaya a ocupar en la estructura.

Este sujeto al cual se evoca, Le Gaufey sugiere que aún se encuentra lejos de ser definido como aquel que es “representado por un significante para otro significante”, tropezando con el punto dramático del orden significante. Primero a nivel de la cadena simbólica, en la súbita sustracción del Otro, en donde el sujeto se desvanece, queda marcado por un *fading* característico. En segundo término, en la situación en donde lo simbólico llega a desfallecer, se encuentran convocados los medios presentes del orden imaginario. Para poder atravesar las deficiencias del orden simbólico, no hay más recurso que el orden imaginario.

En el seminario del 20 de mayo de 1959 (2014), Lacan dará tres ejemplos de ese objeto-corte: *el objeto pre-genital; el falo y el delirio*. Esto trata de que el objeto en el fantasma tenga la forma de corte y se reconocerá en esa relación que hace que el \$, en el punto donde se interroga como \$, no encuentra como sostenerse más que en una serie de términos que son aquellos que se llaman *a*, en tanto objetos en el fantasma.

El movimiento que realiza el sujeto para poder primero aprehenderse él mismo con los recursos simbólicos que tiene a su alcance, es decir, con los recursos de la cadena significante en su relación al Otro. Es en este punto que los recursos no deben faltar; porque frente al desfallecimiento simbólico, se convoca la función del narcisismo, aquella relación imaginaria del sujeto consigo mismo que permitirá que se instale el fantasma entre lo simbólico e imaginario, entre la cadena inconsciente y el modelo especular.

La maniobra que se instala en el fantasma ante el desfallecimiento del Otro entre simbólico e imaginario, permite poder concebir “lo que pasa a nivel del estadio del espejo, a saber la inscripción, la situación donde el sujeto puede ubicar su propia tensión, su propia erección en relación con la imagen más allá de sí mismo que tiene en el Otro” (Le Gaufey, 2010, pág. 20).

El autor realiza ciertas precisiones respecto a una extraña *fatiga del sujeto* para lo cual toma las referencias de Lacan a Maine de Biran en sus elaboraciones sobre *el esfuerzo*, las cuales permiten releer la tesis lacaniana sobre el estadio del espejo, para aproximarse a un nuevo estatuto de sujeto, el cual será concebido como corte en la cadena significante.

Aquí hago alusión a lo que Maine de Biran nos aportó en su tan fino análisis del sentimiento del esfuerzo. El esfuerzo es un empuje aprehendido por el sujeto desde ambos lados a la vez, en la medida en que él es el autor del esfuerzo pero también es quien lo contiene, dado que siente ese empuje de sí en su interior. No obstante, si el sujeto se siente a sí mismo, lo hace sin poder captarse jamás, ya que aquí no hay, en sentido estricto, corte ni marca posible.

He aquí lo que nos hace percibir el lazo que debe ser señalado entre la experiencia de tumescencia y la de la fatiga- me refiero a lo que se denomina,

en el nivel de la experiencia erótica, la fatiga del neurótico, cuyo carácter de espejismo y cuya naturaleza no objetivable ustedes conocen, ya que nada tiene que ver con ninguna de las fatigas musculares que podemos registrar en el plano de los hechos. Si el esfuerzo de ningún modo le sirve al sujeto porque nada permite marcarlo con el corte significativo, esa fatiga sintomática y paradójica parece, a la inversa, ser en el sujeto la secuela, la huella, de su esfuerzo por lo que denominaré *significantizar*.

Aquí podríamos encontrar, en su forma más general, lo que en el nivel de la tumescencia, del empuje del sujeto, nos da los límites en que va a desvanecerse la consagración posible dentro de la marca significativa. Creo que importaba señalarlo de pasada. (Lacan, 2014, págs. 430 - 431)

Al concebir al fantasma, Lacan tiene un elemento del temple del esfuerzo que desarrolla Maine de Biran; en él, el sujeto se hace objeto, sin por ello cesar de ser sujeto, porque ambos pertenecen a un mismo estatuto de corte. Por la sustracción del Otro intimado a responder en verdad, ese sujeto no tiene otra salida más que la de poner por delante el valor imaginario al que Lacan nombra *objeto petit a*.

Le Gaufey indica que entre la organización fantasmática que condiciona al sujeto y el estadio del espejo donde el yo encuentra su raíz, Lacan logra darle al sujeto y al objeto el mismo estatuto de corte.

Lo que denominamos *a* minúscula es el objeto del deseo, sin duda, pero a condición de aclarar bien que, sin embargo, no se ajusta al deseo. Entra en juego en un complejo que denominamos *fantasma*. En ese objeto, el sujeto encuentra su soporte en el momento en que se desvanece ante la carencia del significativo que responda por su lugar de sujeto a nivel del Otro. (Lacan, 2014, pág. 418)

Desde esta perspectiva, el fantasma constituye un rodeo que lleva a impedir el bloqueo del sujeto, ya sea en un valor simbólico como imaginario, porque uno no es sin el otro. El fantasma se impone como formación psíquica más singular para un individuo.

La disparidad subjetiva y el nuevo sujeto.

En el seminario *La ética del psicoanálisis*, Lacan trabaja de forma implícita la cuestión del sujeto mencionando que:

En cambio, nuestro sujeto tiene, en relación con el funcionamiento de la cadena significativa, un lugar totalmente sólido y casi localizable en la historia. Aportamos una fórmula totalmente nueva y susceptible de una delimitación objetiva de la función del sujeto en su aparición, del sujeto original, del sujeto detectable en la cadena de los fenómenos. Originalmente, un sujeto sólo se represente lo siguiente: él puede olvidar. Supriman ese él, el sujeto es literalmente en su origen y como tal, la elisión de un significante, el significante que saltó de la cadena. (Lacan, 2007, pág. 270)

En efecto, para Le Gaufey, Lacan conserva el sujeto *fading* y sabe de su nueva fórmula pero de todas maneras, manifiesta oscilación en la definición puesto que este sujeto es activo, es él quien se representa, aun no es representado. Cuando Lacan se corrige y menciona la supresión de ese él, lo está sacando de la posición de agente para llevarlo como resultado de una operación en la cual queda perdido, un significante será perdido, faltará al menos uno, la cadena estará agujereada, etc.

Por otra parte, en el seminario de “*La transferencia*”, cuando Lacan hace mención a “*La transferencia en su disparidad subjetiva*” realiza un giro en lo que respecta a su definición de un sujeto frente a otro sujeto. Con el estudio de *El banquete* introduce la disparidad subjetiva; “La intersubjetividad, ¿no es acaso lo más ajeno al encuentro analítico? Con solo que asome, la eludimos, seguros de que es preciso evitarla. La experiencia freudiana se paraliza en cuanto aparece. Solo florece en su ausencia” (Lacan, 2017, pág. 20)

Todavía cabe señalar a ese sujeto al que se refería anteriormente, dejando lugar para aportar nuevas precisiones que tendrán relación con el falo simbólico, donde pondrá a trabajar los lazos entre sujeto y significante porque eleva al falo al lugar del significante faltante; pero también debe introducir un desarrollo acerca de que quiere decir con que un significante falte. Para esto recurre a la siguiente explicación:

Cuántas veces les habré dicho que una vez establecida la batería del significante...nada falta. No hay lengua, por primitiva que sea, en la que al fin y al cabo no se pueda expresar todo, con la salvedad de que...el hombre todo lo puede, si no puede hacer algo, lo deja – lo que no se podrá expresar en dicha lengua, pues bien, simplemente no será sentido ni subjetivado. Ser subjetivado es tener lugar en un sujeto como válido para otro sujeto. (Lacan, 2017, pág. 273)

Por otra parte, pasa a un punto radical donde la idea de comunicación se hace posible. Es por esto que en toda batería significativa, lo que no puede decir no va a significar nada en el lugar del Otro; pero todo lo que signifique algo para nosotros, siempre sucede en el lugar del Otro.

De ahí que, el sujeto que corre bajo la cadena de los signos con los que manifiesta sus demandas, está representado. Lo que el sujeto dice, hace signo en él. No se representa como un objeto, solo hace signo de su presencia, dejando por fuera una representación de él; porque habla, y es su palabra la que recibe un eco, ese alguien destinado a la carrera de sujeto se vuelve el también significativo, ese que falta y merece escribirse “\$” (Le Gaufey, 2010, pág. 44).

“Una forma gramatical vacía “yo” [je] acoge esa falta instaurada en la batería cuando se vuelve cadena, esa falta del significante esencial de la metonimia significativa que se llama: sujeto” (Le Gaufey, 2010, págs. 44-45).

Al encontrarse aún lejos de la claridad que concierne al sujeto, en el seminario *La identificación* realiza un rodeo en relación al cogito cartesiano a través del *miento* de los lógicos. En un primer nivel encontramos el “*miento*”, segundo “*digo que miento*” y un tercer nivel donde “*sé que miento*”. Esta última frase, se pone en relación con la interpretación analítica “Tú no sabes que dices la verdad, lo que va inmediatamente más lejos. Mucho más: tú no la dices tan bien sino en la medida misma en que crees mentir, y cuando no quieres mentir, es para guardarte mejor de esta verdad”. (Lacan, Seminario 9: La identificación (Versión crítica), 1961, pág. 17)

En este momento, de forma explícita es que Lacan no atribuye más a ese sujeto saber si miente o no; lo excluye de cualquier saber respecto de la verdad de lo que dice,

porque no sabe nada acerca de si la dice o no, encontrando al sujeto desposeído del mínimo de reflexividad en que consiste para él, saber lo que hace. Es en este momento, donde surge la disyunción entre sujeto y saber, surgiendo la expresión de *sujeto supuesto saber*.

De ahí que se deja entre ver la disyunción entre el sujeto y el saber, donde este último se localiza en el lugar del Otro en tanto ese Otro se encuentra desubjetivado. La conjunción de ese sujeto y ese saber produce el prejuicio más radical que en el análisis tiene que denunciar: sujeto supuesto saber. Aquella disyunción se vuelve condición para que se puedan articular claramente los conceptos de sujeto y significante; porque ese sujeto corte, escansión, intervalo, *fading*, evanescente, podrá no ser más que representado por un significante para otro significante, en tanto que se encuentra despojado de todo saber, entendido como colección articulada de significantes. De ahora en más no sabe nada. (Le Gaufey, 2010, pág. 48)

Este sujeto sin reflexividad, es relacionado por el autor con el sujeto “aristotélico”, sin reflexividad, sin ser, nada más ni nada menos que la articulación entre significantes. Solo la disyunción del sujeto y el saber puede permitir que ese sujeto sea reducido a no ser más que eso que es representado por un significante para otro significante.

Consideraciones acerca del significante.

Como fue expuesto al comienzo de este capítulo, para Saussure no hay significante en la naturaleza. La imagen acústica o verbal de un signo no está sin la otra realidad que es su significado, con lo que ambas constituyen el signo propiamente dicho. Lacan se dedica a realizar la distinción entre signo y significante para poder tomar en cuenta al sujeto que promueve.

En el intento de modificar la fórmula del signo para comprender el advenimiento del significante, el cual para Lacan por el contrario del signo, no es lo que representa algo para alguien sino más bien, es lo que representa precisamente al sujeto para otro significante. Con esto, logra realizar una modificación a la fórmula del signo, luego de retirar del sujeto todo el saber y empobreciendo al significante hasta no ver más que el trazo único que se manifiesta en todo elemento simbólico y del que las *marcas del hueso del reno* son un ejemplo:

Lacan cuenta haber ido al museo Saint-Germain, y tropezado en la sala Piette, con el hueso de reno que lo sacudió particularmente. Preparado por el cartel indicador que le presenta un objeto marcado con una serie de trazos que remontan a 17.000 o 20.000 años [...] una serie de pequeños palotes, dos primero, luego un pequeño intervalo, y luego cinco, y después todo recomienza. (Le Gaufey, 2010, pág. 57)

Para el autor, Lacan al encontrarse en la búsqueda del significante en la humanidad confiesa que “es una aparición certera de algo de lo cual ustedes ven que se distingue totalmente de lo que puede designarse como la diferencia cualitativa” (2010, pág. 58). La contigüidad de los trazos son constituidos por una serie que permite a su vez, que sean diferenciados, a través de la mismidad de su equivalencia formal y no del delineado que presentan los trazados.

Frente a estas marcas *de las que él sabe inmediatamente que no sabe nada en cuanto a sus referentes y que, sin embargo, no puede no tomar como signos*, Lacan tiene súbitamente un sentimiento de estar frente a la “diferencia significativa”, la “diferencia en estado puro” (2010, pág. 58).

Estas marcas, según el autor, hacen signo únicamente de un sujeto, quien las marca, y originan un sujeto, quien las lee, separados en milenios. Dicha captación borrada de su referente y de su significado vale como pura presencia del acto mismo de contar; con lo cual, la mismidad que presentan los trazos se sostiene en la repetición del acto que los inscribió. Lo que se encuentra en la vitrina del museo, no representa nada para nadie, tampoco significa nada para nadie, pero se articula para hacer serie y esa serie implica un sujeto.

En consonancia con esto, concluye que aquí se encuentra un nuevo sujeto, pero para armonizar con lo desarrollado anteriormente, refiere a que tanto el sujeto mentiroso tomado en las redes de la intersubjetividad debe coexistir con este nuevo sujeto, porque el sujeto engañador al principio, presentado para designar otra cosa que él, es el sujeto del signo.

El sujeto del averroísmo & la función enunciativa.

Le Gaufey se dedica a realizar una exploración en otros campos, por fuera del analítico, donde se ha pensado un sujeto que por un lado, no tiene derecho a la identidad y por otro está desprovisto del derecho a la reflexividad.

Comienza deteniendo su mirada en el *averroísmo latino* - se trata de tendencias filosóficas con una mirada escolástica desde finales del siglo XII, donde el filósofo Averroes realiza interpretaciones del aristotelismo - que en una de sus primeras tesis enunciaba que “*existe un solo intelecto para todos los hombres, separado en el ser y unido en la operación*, y como corolario: *la preposición “el hombre piensa” es falsa e inapropiada*” (Le Gaufey, 2010, pág. 67). Para los averroístas, cuando pienso formo pensamientos en el alma pero, el hecho de que piense no significa que esa alma piensa. Entonces, para pensar lo que sea, es necesario un principio activo, un agente que lo piense.

La solución averroísta consiste en sostener que ese *sujeto*, al cual denominan *intelecto posible*, no es propio del alma de cada uno sino, que hay uno solo para todos. Puesto que, un ser piensa a través de nuestras almas donde se encuentran los pensamientos (ese “ser” no es ningún Dios). Se toman los conceptos de Aristóteles para indagar esto y desde la concepción potencia – acto se obliga a toda reflexión a un constante desdoblamiento que lleva a los averroístas a la idea de que efectivamente se encuentran dos sujetos: un sujeto pasivo, que recibe la percepción y un sujeto activo, que por causa de su potencia, hace acceder a una sensación.

Esta analogía utilizada de la sensación se desarrolla para Averroes con los inteligibles, que tendrán también dos sujetos, pero con otros lugares: intelecto posible e intelecto agente. Lo importante es determinar cómo se articula el pasaje del intelecto agente, el cual atrae lo que resulta inteligible a partir de las imágenes al intelecto posible, a través de lo que se concluye un acto intelectual que encuentra en el intelecto, un sujeto activo.

El autor plantea el desafío de encontrar el *polo subjetivamente activo del pensamiento*. Los averroístas ubican como realidad objetiva, los pensamientos en el alma, pero cuando se intenta saber quién piensa esos pensamientos, niegan la actividad del alma y postulan que solo un intelecto que se encuentra separado del alma se encuentra en

condiciones para pensar de manera subjetiva dichos pensamientos y uniéndose a ellos. Con este sistema de pensamiento no se puede admitir más que ese hombre piense cuando es la sede de los pensamientos, sino que es pensado por el intelecto posible, el cuál es el único agente del pensamiento en acto, que encuentra en este hombre algo para pensar.

Tomas de Aquino denuncia la idea de los averroístas que consiste en un pensamiento en exclusión interna con un sujeto. Al distinguir respetando el imperativo aristotélico “nada puede estar a la vez y bajo la misma relación en potencia y acto”, fue necesario que no se confunda el acto de pensar con la potencialidad de los pensamientos en el alma.

Por diferentes que sean en su temple recíproco, el intelecto posible (único para todos los seres hablantes) y el sujeto barrado (inalcanzable fuego fatuo vibrando a lo largo de las cadenas significantes) se chocan ambos con la temible cuestión de sus identidades. (Le Gaufey, 2010, pág. 77)

Así mismo, concluye con la idea de que aquí se alcanza un concepto de *sujeto* que es ajeno a la identidad; al cortar los lazos con la identidad y la reflexividad, el sujeto lacaniano se inscribe en una arqueología del sujeto. Para seguir adelante con la articulación, se evoca a trabajar el concepto de enunciado tomado de la elaboración de Foucault en *La arqueología del saber*; donde se anima a pensar en un sujeto por fuera de las redes de la identidad.

Tomando en cuenta que al enunciado se le rechazan tres estatutos diferentes que podrían haber sido reducidos: uno de ellos es que no se concibe al enunciado como proposición lógica; ni como una frase; ni como un acto de palabra, una frase (pre formativo). Esto rompe con la idea de enunciado clásica, en la cual este mismo posee una identidad que se caracteriza por ser individualizante.

Luego se interroga acerca del estatuto del sujeto a través de la *función enunciativa*; porque si el sujeto es un lugar vacío (una función discursiva) y determinado, se presenta de un modo extraño, donde retoma su lugar de condición de existencia del enunciado. Bajo este mismo término *sujeto* nos encontramos con que el enunciado no será tal si es posible despejar por la función enunciativa que lo concierne, un lugar de

sujeto, que podrá haber sido ocupado según las contingencias históricas por tal o cual ser hablante.

Otra de las observaciones que realiza el autor, conciernen a la elaboración de Gregorio Agamben sobre el enunciado, quien plantea concebirlo respecto del concepto de *signatura*. Toda cosa visible, de una u otra forma, lo que en la misma permanece invisible, constituyendo su marca, un signo, el cual la especifica y vale como signatura, poniéndola por este hecho en relación de la simpatía por otras cosas, a través de marcas distintas, es decir, de otras signaturas.

Todo “habla” porque todo ser es portador de signos que dan testimonio de él y es por esto que tiene valor de signatura. La signatura es tal al indicar una analogía que ella misma reenviará, a través de un recorrido a otras signaturas. La signatura, según el autor, no es un signo como los demás, sino que ese signo vuelve inteligibles a los otros signos al ligarse a otras signaturas con las que mantiene intercambio preferencial.

La relación signo – signatura, es difícil porque parecen de la misma naturaleza que la relación del signo – sentido. La economía de la semiótica no es posible entenderla como la suma de las relaciones de *signans* con su *signatum*, de las palabras con las cosas, sino como constituida por dos niveles que son heterogéneos: el de los signos, visibles y atomizados, encapsulados en su manifestación local a través de frases; preposiciones; actos de palabras, y aquel de las signaturas de las cuales ninguna vale por sí misma, sino como poder de conexión.

En definitiva, la reflexividad del sujeto que es rechazada en el texto de Foucault, retorna en las producciones posteriores del mismo bajo el modo de la reflexividad de sí; con lo cual se atraviesa de un sujeto clivado que se lee en la función enunciativa, de una diferenciación de lugares: sujeto posible indeterminado y sujeto actual determinado.

La existencia del sujeto.

Luego de situar que el sujeto no es desde el comienzo nada ni nadie, sino pura posibilidad o un lugar vacío con las formulaciones de Foucault y el averroísmo, se

puede ver con Le Gaufey el estatuto lacaniano en relación a la noción de existencia y pulsión.

Ese sujeto “representado por un significante para otro significante”, es visto como componente de singularidad; por lo que es posible adjuntar al sujeto del significante la cualidad de existencia entendida como puro enganche al campo del Otro.

Tomando el concepto freudiano de pulsión, Lacan llega a diferenciar la reflexividad especular, narcisística del amor y la exterioridad irreductible del objeto presente en el funcionamiento de la pulsión en su seminario de *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*; donde intenta mostrar que lo que se presenta en el sujeto como alternancia de la actividad-pasividad, para el autor tiene relación con la concepción de un movimiento que cambia la posición del Otro, donde es producido como sujeto.

En el momento donde el sujeto se hace objeto de la mirada del Otro, a través de un juego pulsional que el sujeto promueve con astucia la dignidad de sujeto a ese Otro del cual esperaba hasta allí la satisfacción, el amor y el reconocimiento como sujeto.

Se presenta la dificultad cuando el sujeto se produce al Otro como sujeto sin por eso separarse el mismo de esa cualidad. Lo que lleva el nombre de sujeto, abandona el entre dos significantes sin sustancia y sin espesor para encontrar al sujeto mentiroso. Presentándose como objeto de la actividad del Otro, sin perder por eso su propia potencia de sujeto.

El sujeto barrado carece de reflexividad en el tiempo de no hacerse hacer algo; que el Otro, el cual no podría ser sujeto desde el destierro de la intersubjetividad, lo advenga cuando la inversión pulsional lo implica. Esta dinámica del estatuto de un sujeto que se borra, en una práctica determinada, demuestra que el interés radica en un sujeto puro hablante.

Capítulo IV - Intervención interdisciplinaria

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2001), el término *intervención* es definido como “acción y efecto de intervenir”. Entre las acepciones del verbo *intervenir* se encuentran: “tomar parte en un asunto”, “interceder o mediar por alguien”, “sobrevener, ocurrir, acontecer”.

Desde la psicología, la acción de mediar, de tomar parte en el asunto, consiste en la aplicación de diversas perspectivas de orientación como lo son la cognitivo conductual, la sistémica, la gestáltica, la psicoanalítica, la comunitaria, o la educacional, entre otras. Es en función de la orientación adoptada por el psicólogo que aplicará una u otra técnica, siempre con el fin de poder reducir y superar una problemática, y mejorar las capacidades, tanto personales como relacionales del sujeto con capacidad intelectual.

El psicoanálisis trabaja con el análisis y la reflexión, privilegiando la subjetividad en el trabajo clínico, que puede establecerse de forma grupal o individual, sin desconocer el contexto sociocultural.

El dispositivo terapéutico se compone principalmente de cuatro elementos: la asociación libre (la verbalización), la atención flotante (escucha analítica), análisis y manejo de la transferencia (relación paciente-analista) y la interpretación. Esta última es de importancia central, en tanto las intervenciones que el profesional elaborará y realizará dependerán de la interpretación ejercida por el psicoanalista. (Echavarría, 2017, pág. 88)

Hablar de trabajo interdisciplinario implica varios puntos que tienen que ver con la construcción de una nueva noción, como lo son las prácticas profesionales ya que las mismas constituyen un proceso a través del que las diferentes disciplinas se propagan en pos de nuevas perspectivas para producir nuevos conocimientos, los cuales implican cambios y transformaciones en sus prácticas y en las intervenciones de los profesionales que la conformen.

Ahora bien, para poder introducir la noción de interdisciplina es pertinente poder avanzar en lo que se entiende por disciplina, para lo cual se toman desarrollos de Edgar

Morin quien refiere a que “la disciplina es una categoría organizadora dentro del conocimiento científico; instituye en este la división y la especialización del trabajo y responde a la diversidad de dominios que recubren las ciencias” (2001, pág. 115); dando cuenta que la disciplina se orienta a tener una autonomía con la cual define su trabajo específico, su lenguaje, teorizaciones, conceptos y modelos de intervención.

En el siglo XIX bajo los postulados del positivismo, donde esta teoría filosófica consideraba que el medio de conocimiento se daba a través de la experiencia comprobada y verificada a través de los sentidos, se inicia el proceso de división de las ciencias sociales lo que trae como consecuencia la división de la teoría y la práctica. La distinción que se dio entre investigadores y los profesionales intervinientes en el campo dando lugar a las diferentes ramas, como lo comunitario, sanitario, familiar, educacional, jurídico, etc. donde al estar dispuestos a hacer, es decir, a llevar adelante una acción, no producen conocimiento sino que son quienes proveen de información para los objetivos que tienen los investigadores.

En las disciplinas se generan distinciones respecto del objeto de estudio que se va a abordar y de los modos de intervención en él, lo que lleva a generar un distanciamiento en la especificidad, logrando una especialización sobre el tema que atrae el dominio sobre un conocimiento y la metodología a utilizar en él.

Por esto, Morin observa que desde diferentes puntos de vista sobre un mismo objeto de estudio y las posibles formas de intervenciones que se generen como propuestas, se puede llegar a un desorden de teorías y opiniones que se rechazan una a la otra; con lo que toma la idea de que el orden, desorganización y desorden que se genera deben ser pensados en conjunto, para lo que plantea no disolverlo al desorden generado sino más bien tomarlo y analizarlo para poder introducir lo que se genere de esto en el trabajo interdisciplinar.

Con respecto a este punto, se detiene en lo que se encuentra más allá de las disciplinas, para que estas no se vuelvan egoístas y se genere una fragmentación de los conocimientos; simplemente pensar en la posibilidad de que se forme un diálogo entre diferentes disciplinas.

Para hablar de diálogo entre disciplinas se toma a Denise Najmanovich, quien en *“Interdisciplina. Arte y riesgos del arte dialógicos”* (S/F) refiere que en primer lugar se debe poder reconocer las diferencias para aprender a bordear la diversidad, dando lugar al acontecimiento, a metáforas que lleven a nuevos espacios y beneficiar el saber actual que posee cada uno.

Reconociendo que ninguna de las perspectivas que tengamos estará completa, aceptando la necesidad de favorecer el saber y conocimiento que se posea, dando lugar a la incertidumbre es como se podrá llegar a producir un diálogo en el cual se pueda generar con el intercambio de conocimientos. La autora define a la interdisciplina

El diálogo entre diferentes, manteniendo y disfrutando el poder creativo de la diferencia, enriqueciéndonos con ella. El cultivo de esta práctica implica el abandono del totalitarismo monológico, de la creencia que una disciplina puede recubrir completamente un objeto que le es propio, que existe un solo método de interrogación. (Najmanovich, S/F, pág. 6)

De igual modo, siguiendo a Elichiry, la interdisciplina “surge ante la demanda social, ante las situaciones de problemas cada vez más complejos y por evolución interna de las ciencias” (1987, pág. 335). La interdisciplina puede ayudar a la integración y producción de nuevos conocimientos.

“La orientación interdisciplinaria surge de la concepción constructivista de la realidad, siendo ésta considerada como una totalidad estructurada, pero a la vez estructurante” (Elichiry, 1987, pág. 336); lo cual implica un reconocimiento de la realidad, lo cual a veces no es común en todos y no predomina en ella la obviedad sino que es por momentos contradictoria.

Partiendo de la idea de que la realidad es compleja, se construye y no es algo dado, fácil de comprender, la interdisciplina viene a contribuir en el abordaje de problemas que se presentan como demandas sociales, confusas y difusas, y consiste en el trabajo en equipo, donde los profesionales de distintas disciplinas se unen para ocuparse de estas problemáticas.

La interdisciplina para Elichiry incluye intercambios entre diversas disciplinas, los cuales producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios implican, además, interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas, a través de la reciprocidad entre estas áreas, e intercambiando instrumentos, métodos, técnicas, etc.

Se entiende que la interdisciplina requiere del aporte de diferentes disciplinas, cada una con su especificidad, pero con un cierto criterio de los profesionales para la división que tendrán del trabajo, lo cual implica estar inmersos cada uno en su disciplina y abiertos a nuevos aportes de otras disciplinas, las cuales pueden desconocer, pero no serán totalmente ajenas, en tanto comparten un área de trabajo que compete a ambos. Este punto de contacto es el que favorece y enriquece el conocimiento de cada profesional en su ámbito.

En el debate actual sobre lo interdisciplinario, se superponen con una cierta yuxtaposición dos tipos de prácticas: la de la investigación interdisciplinaria y la de la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales. Esta yuxtaposición es esperable dado que la diferencia es de énfasis en cuanto al producto. En el caso de la investigación el énfasis es la producción de conocimientos. En el caso de los equipos asistenciales el énfasis está en la acción. Nadie, no obstante, podría separar de manera absoluta la investigación de su efecto en las prácticas y nadie podría suponer que el desarrollo de acciones no produzca, o deba producir, simultáneamente conocimientos. Más aún, sería esperable un futuro en que esta diferencia se diluyera a su mínima expresión. (Stolkiner, 2005, pág. 6)

Para llevar adelante un trabajo en equipo interdisciplinario, Elichiry (1987) plantea una serie de requisitos que son entre ellos complementarios, a grandes rasgos los describe de la siguiente manera:

1-Trabajo en equipo: actitud cooperativa en el grupo; *2- Intencionalidad:* la relación que se dará entre las disciplinas debe ser provocada, el encuentro casual entre disciplinas no es interdisciplina; *3- Flexibilidad:* debe existir apertura en la búsqueda de modelos, técnicas, metodologías de trabajo, etc. No deben proporcionarse actitudes

dogmáticas, se deben reconocer las divergencias entre disciplinas y debe haber diálogo entre ellas. 4- *Cooperación recurrente*: debe haber continuidad en la cooperación entre disciplinas, no debe ser un trabajo casual o discontinuo. Se debe lograr coherencia en el equipo de trabajo. 5- *Reciprocidad*: va a estar dada por la relación entre disciplinas, lo cual lleva a que se posibilite el intercambio de conocimiento.

Stolkiner (2005) introduce un debate en relación a la interdisciplina al ubicarla entre la epistemología y las prácticas; que establece la existencia de la investigación interdisciplinaria, por un lado y por otro, la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales. En la primera, el foco estará puesto en la producción de conocimientos y, en la segunda, en la producción de acciones. Pero, ni una ni la otra pueden dividirse de forma tal que tomen dos caminos separados, con lo que se juxtaponen y se generan la una con la otra.

En relación al funcionamiento de un equipo interdisciplinario, se coincide con Stolkiner al ubicar en un lugar central la necesidad de pensar en conjunto para definir los métodos de abordaje y las formas posibles de intervención en una situación determinada. En palabras del autor: “la construcción conceptual común del problema implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción” (Stolkiner, 2005, pág. 74).

Tomando estas perspectivas, la intervención interdisciplinaria va a configurar una propuesta que será caracterizada por su dinamismo y complejidad; ya que el trabajo colectivo no es la suma de iniciativas individuales, es la decisión de trabajar de manera conjunta, con lo cual la propuesta de intercambio e integración de conocimientos, conceptos, nociones, prácticas profesionales, permite pensar de forma integral la intervención a raíz de debatir la comprensión de las diversas demandas que son complejas, diversas, difusas, etc.

De esta forma, las diferentes miradas disciplinares dialogan en la búsqueda de una integración conjunta para que la intervención pueda de alguna manera traspasar las barreras impuestas por las disciplinas para abordar la problemática desde otro lugar.

Por tanto, para poder llevar adelante una intervención interdisciplinaria Stolkiner propone tres ejes caracterizados principalmente por: un *registro teórico* donde se entiende una construcción fusionada, explicativa de los hechos en base a los resultados que producen las prácticas interdisciplinarias; un *cambio ideológico* donde se debe asumir la intervención profesional desde una concepción de sujeto diferente, socio histórico el cual participa en un determinado contexto, caracterizado por su complejidad; además deja ver un sentido *ético-político* donde se debe construir la intervención a través de darle prioridad al sujeto de derecho, con lo cual se debe llevar adelante una revisión de valores, posturas, compromisos, etc.

En el caso de la intervención en discapacidad intelectual, el equipo interdisciplinario estará conformado principalmente por profesionales provenientes de la psicología, la terapia ocupacional, la psiquiatría, la fonoaudiología, la psicopedagogía, el acompañamiento terapéutico, la kinesiología. Respecto de esto, se debe tener presente las referencias de Stolkiner cuando enuncia que la constitución de un equipo de trabajo de estas características se construye, una vez logrado esto no se debe dejar caer en la comodidad de la propia teoría o disciplina.

Por consiguiente, entendemos que cada disciplina tiene una orientación autónoma que respecta a un tipo de trabajo específico donde se incluyen teorizaciones, lenguaje y modelos de intervención propios de su campo; para trabajar desde una concepción interdisciplinaria debemos tener presente que será en un contexto donde se promueva la integración y producción de conocimientos reconociendo una problemática que se presente y trabajando en equipo sobre la misma.

Esto llevará al aporte de diferentes miradas que serán integradas en pos de construir una estrategia de abordaje en la cual no se realizarán intervenciones divididas. De este modo, se estará trabajando en un objetivo puntual y también se podrá enriquecer los conocimientos de cada uno de los integrantes del equipo.

Capítulo V- Ley de Salud Mental N°26.657

Para introducir lo que respecta a la intervención interdisciplinaria en el campo de la salud mental se debe tener presente que surge en oposición a las prácticas que se realizaban históricamente, estructuradas en instituciones donde los profesionales reproducen un modelo cerrado que estaba atravesado por un sistema disciplinario; con lo cual en la Argentina el cumplimiento de la Ley de Salud Mental N°26.657 permitirá un cambio progresivo en el ámbito de la salud mental.

Para comprender mejor, nos remitimos a la historia de las prácticas anteriores basadas en el *modelo asilar*, Foucault realizó un extenso desarrollo sobre la temática, el mismo presentaba a la institución psiquiátrica y el modelo a través del cual se plantean las relaciones internas de poder que se daban en las mismas; las relaciones sociales por fuera de la institución, el lugar que se adjudica a la locura, como los modos en que cada sociedad se instrumenta para reproducirla.

En su obra “Historia de la locura en la época clásica” (1998) refiere que el encierro en esta época era una práctica sin ningún fin terapéutico, teniendo como propósito separar, marginar, asilar. El autor señala que “el internamiento no es un primer esfuerzo hacia una hospitalización de la locura” (Foucault, 1998, pág. 137) además, “el internamiento está destinado a corregir, y si se le fija un término, no es el de la curación sino, antes bien, el de un sabio arrepentimiento” (1998, pág. 138). Es por esto, que en esta época las casas de internamiento tenían aspectos de prisiones; pero tanto unas como otras eran destinadas a la población de marginados, locos y pobres.

Entonces, las instituciones de internamiento, asilamiento, corrección y castigo aparecerán como aquellos lugares donde se realizaba el depósito de los inadaptados, de los raros, de los locos, entre otros. Estas mismas crecieron en las periferias de las ciudades, como si con esta forma de apartar o alejar de la sociedad la locura dejara de reproducirse.

Pero esta reproducción la realizan los mismos procesos históricos y sociales, generando un modelo de disciplinamiento en el abordaje de la locura y de la enfermedad como de las otras tantas características que se le otorgaban a cierto número de personas, legitimando un discurso que toma elementos disciplinares, defendiendo

y fundamentando la necesidad de este tipo de instituciones, como lo es la institución psiquiátrica.

Ahora bien, si el internamiento era la forma de llevar adelante y ocuparse de forma indiferenciada de todos aquellos que representaban un peligro o un escándalo para la construcción de una comunidad perfecta; en aquella época no era aún la figura del médico la que se ocupaba de tomar las decisiones sobre esto, sino la figura del juez; donde a principios del siglo XVII, se les cobraba multa a aquellos que en su jurisdicción no hayan instalado instituciones de internamiento (Foucault, 1998).

Más adelante, la figura del médico toma otro lugar y la función del manicomio tiene como propósito descubrir la verdad sobre la enfermedad mental

El gran médico de manicomio... es a la vez quien puede decir la verdad de la enfermedad gracias al saber que posee sobre ella y quien puede producir la enfermedad en su verdad y someterla a la realidad gracias al poder que su voluntad ejerce sobre el propio enfermo. (Foucault, 1998, pág. 53)

Con esto, todas las técnicas puestas en práctica como lo eran el interrogatorio público –privado, tratamientos – castigos como lo eran las duchas, las disciplinas rigurosas, tenían como función construir la figura del médico en la del dueño de la locura ya que es quien la hace mostrarse en su verdad. En relación a esto es que surgirán luego grandes cambio y avances, porque es a raíz de cuestionar el poder del médico, su poder y el que ejercía sobre los enfermos, más que su propio saber y la verdad de la enfermedad.

Consideramos ahora, el aporte de Erving Goffman (2001) donde en “*Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*” define a las instituciones totales “como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 2001, pág. 13) y las clasifica en cinco grupos; las que estaban destinadas al cuidado de personas incapaces e inofensivas como los hogares de ancianos, huérfanos, ciegos e indigentes; aquellas que cuidaban a personas incapaces de valerse por sí mismas como los hospitales de leprosos, de enfermos infecciosos y psiquiátricos; otra institución de

estas características podrían ser aquellas en las cuales se protegía a la comunidad de quien pueda hacerle un daño de forma intencional como lo son las cárceles y los presidios que no tenían como finalidad según el autor, el bienestar de quienes se encontraban allí. Un cuarto grupo es conformado por aquellas instituciones que tenían carácter laboral como lo eran los cuarteles, escuelas de internado, barcos, etc. y finalmente se refiere al grupo de instituciones caracterizadas por su dedicación a la formación religiosa como los conventos, claustros y abadías.

Particularmente se refiere al grupo de las instituciones totales en las que se encuentra el hospital psiquiátrico para referir a que en ellos los aspectos de la vida de las personas que se encuentran en él se desarrollan de la misma forma, en el mismo lugar y bajo la misma autoridad con lo cual, las actividades diarias son programadas de forma estricta y mediante un sistema determinado de normas con lo que estas personas se encuentran ignorantes frente a las decisiones que se tomen respecto de ellos.

Esto sirve para pensar y remitir que en la Argentina se tomaron concepciones europeas para el tratamiento de la salud mental, donde también se establecieron hospitales psiquiátricos con esta características de funcionamiento; donde la salud y enfermedad incluía un conjunto de prácticas de profesionales que se concentraban en la cura.

A fines del siglo XIX se produce un distanciamiento en la atención referida a la peligrosidad donde se genera un cambio en la problematización de la situación que se venía viviendo; Stolkiner (2003) refiere que Domingo Felipe Cabred quien fue un médico psiquiatra y sanitario argentino encargado de instalar en una localidad de la provincia de Buenos Aires, el primer establecimiento de tratamiento de alienados de puertas abiertas denominado “Open Door” inspirado en experiencias inglesas donde promueve las actividades al aire libre que aporten productividad, donde generaba una ilusión de libertad para quienes se encontraban en ellas por la caracterización del espacio que estaba ubicado a campo abierto y sus muros no eran visibles; favoreciendo al contacto con la naturaleza y el trabajo productivo.

En 1957 se crea el Instituto Nacional de Salud Mental que dependía del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública; que presenta como objetivo la prevención de enfermedades neuropsiquiátricas, promover las investigaciones científicas respecto de

esta temática, brindar a los enfermos mentales asistencia integral y favorecer en la recuperación y rehabilitación social .

En el año 1992 con la reforma de estado, en el periodo neoliberal, se realiza un proceso donde se descentralizan y se transfieren establecimientos que dependían del estado nacional para pasar a depender de la Ciudad de Buenos Aires como lo fueron los Hospitales Moyano y Borda; respecto de esto Stolkiner (2003) refiere a una serie de cuestionamientos que surgieron en las instituciones que mantenían internaciones prolongadas, pero las propuestas que surgían de dichos cuestionamientos desamparaba a las personas que allí se encontraban delegando en las familias y en las comunidades.

En las provincias de Río Negro, Entre Ríos y San Luis, entre otras se generaron innovaciones respecto de las comunidades terapéuticas generando las bases de la discusión que se inicia para culminar con la sanción en Noviembre de 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

Con la Declaración de Alma Ata de 1987 y la Declaración de Caracas de 1990 entre otras el modelo de intervención interdisciplinar comunitario es orientado a provocar rupturas en las prácticas psiquiátricas que fueron establecidas entendiendo a la salud mental como un padecimiento que no es de carácter individual ni privado sino como un proceso socio histórico amplio que provoca la exclusión de las personas.

Es por esto que en la Ley de Salud Mental N°26.657 se plantea como principal objetivo en el Capítulo I, Art. 1° “...asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional...” ; reconociendo en su Capítulo II, Art. 3° “la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

En el Capítulo V, en sus Art. 8° y 9° dispone la modalidad de abordaje de carácter interdisciplinario y comunitario, donde las prácticas de salud mental deben basarse en los principios de atención primaria de la salud y evitar el ámbito de internación hospitalaria; reforzando los lazos sociales.

Un elemento que queda fuertemente plasmado es el de las instituciones manicomiales porque queda prohibido fuertemente en el cuerpo de esta ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes sean públicas o privadas. Y en el caso de aquellas instituciones existentes se deben adaptar a lo expuesto en esta ley hasta que puedan sustituirse por dispositivos alternativos.

Estos elementos que plantea la Ley de Salud Mental llevan a que se establezca una relación de igualdad del conjunto de profesionales y también se ve una ruptura con el orden legal basado en la psiquiatría de épocas anteriores donde tanto la palabra del médico o del juez eran las que se connotan del saber sobre el cuerpo del paciente y es entonces donde se puede decir que hay un cambio de paradigma respecto de esto porque entra en relación ahora el sujeto, frente al cual se establecen sus derechos y se debe de informar las decisiones que se lleven a cabo frente a la problemática que atraviesa.

Del mismo modo se plasma en el Art. 10 - “Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión”.

Dejando entonces ver que la problemática y el tratamiento de la salud mental queda en manos o al cargo de los equipos de intervención interdisciplinarios por un lado y por el otro la justicia que pasa a ser un garante de los derechos de las personas con padecimiento mental.

En el Capítulo X, Art. 38° y 39° la presente Ley establece el “Órgano de Revisión” creado con el objetivo de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, el cual debe ser multidisciplinario e integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio Público de Defensa, asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, profesionales y trabajadores de salud, como de organizaciones dedicadas a la defensa de los derechos humanos.

Las funciones del Órgano de Revisión constarán del requerimiento de información a instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones con las que se llevan adelante los tratamientos; supervisar las condiciones de internación ya sea por

denuncias de forma particular o por supervisión de oficio en ámbito público y privado; evaluar las internaciones de forma involuntaria que no sean prolongadas más del debido tiempo mínimo establecido por la ley o aquellas que se encuentran justificadas de forma correcta donde en el caso necesario se podrá realizar la denuncia pertinente para apelar la decisión del Juez.

También es función del órgano de revisión mantener controladas las derivaciones realizadas fuera del ámbito comunitario; realizar informes de forma periódica sobre las evaluaciones que se realizan como de las modificaciones; solicitar la intervención judicial en las situaciones que lo corresponda; realizar recomendaciones a la autoridad de aplicación; brindar apoyo para la creación de Órganos de Revisión en las diferentes jurisdicciones; controlar el cumplimiento de esta Ley en base al cumplimiento de los derechos humanos.

Por lo tanto se infiere que con la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental en nuestro país podemos decir que comenzamos a transitar un nuevo camino en donde la idea de cierre de los hospitales psiquiátricos se encuentra presente de la mano de la integración de las personas con padecimiento mental a la comunidad donde los servicios de salud mental deben ser basados en ella.

Además con la consideración del internamiento en hospitales generales o en centros especializados donde se promueve el trabajo interdisciplinario, dando al paciente una atención integral de su salud.

Llegados a este punto se entiende que todavía se deberá atravesar diferentes obstáculos, culturales, sociales, ideológicos, académicos, formativos, entre otros para darle a la comunidad diferentes herramientas y recursos para poder enfrentar las problemáticas que se presentan.

Debemos tener presente que nuestra sociedad opera sobre la locura como un producto social a través de la marginación, abandono, aislamiento, exclusión, en donde si hay algo que no es como debe ser, tiene que desaparecer. Con lo cual, se vuelve a la antigua reproducción de un disciplinamiento, ocultando lo que la sociedad rechaza.

En definitiva podemos observar que el propósito de dejar de internar a las personas con padecimiento mental como primera acción a llevar adelante, no es el hecho mismo de dejar de lado la internación, sino que se relaciona con dejar de lado el trato manicomial que se brinda a los sujetos.

Además, cabe destacar la cuestión de la singularidad que se hace presente donde aun dentro de la lógica del campo normativo en que se presenta la ley, se hace alusión al lugar y el criterio del profesional según la singularidad del caso, de acuerdo de cada paciente, dando responsabilidad al profesional que realice una lectura y tenga en cuenta las particularidades de cada sujeto; dejando la posibilidad de que el profesional pueda interpretar e intervenir desde allí con el marco de la ley resguardando los derechos.

La presente ley despliega ciertas novedades como lo son: una concepción integral de la salud mental; la no discriminación a partir de un diagnóstico en salud mental; la presunción de capacidad de todas las personas; el abordaje interdisciplinario; la incorporación de la problemática de las adicciones como competencia del campo de la salud; el consentimiento informado para las intervenciones a llevar adelante en un paciente con el fin de resguardar su autonomía.

6. Encuadre metodológico

Diseño metodológico.

Al centrarse la investigación en relación a las estrategias de intervención por parte de un equipo interdisciplinario en el área de discapacidad intelectual por parte de los profesionales del Centro de Rehabilitación y Atención Interdisciplinaria “Moebius”, y su adecuación a la Ley de Salud Mental n° 26.657, dicha investigación se inscribe dentro de los estudios de tipo cualitativo, en tanto se trata de un proceso interactivo, que involucra virajes hacia atrás y adelante entre los diferentes componentes del diseño, evaluando las implicancias de los propósitos, teorías, preguntas de investigación y métodos. (Maxwell, 1996).

Unidad de análisis.

El tipo de objeto acerca del cual se buscan informaciones en una investigación se llama “unidad de análisis” (Marradi Alberto, 2007) .En este caso, la unidad de análisis son las estrategias de intervención que los profesionales del Centro de Rehabilitación y Atención Interdisciplinaria “Moebius” elaboran y desarrollan en la práctica.

Unidad de estudio.

La unidad de estudio es el ámbito donde se realiza la investigación de campo. Ahora bien, esta definición no es sólo una caracterización geográfica, sino también sociológica. La unidad de estudio de dicha investigación será el Centro de Rehabilitación y Atención Interdisciplinaria “Moebius”.

Tipo de muestra.

Juan Samaja (2004) entiende que un tipo de muestra deberá ser una simulación del universo o una copia, con la cual se deberá reproducir en la misma la ley o las invariancias estructurales que rigen el comportamiento del universo. En este caso, el muestreo elegido es de tipo intencional o por conveniencia, creemos que es el más indicado de acuerdo al estudio que se pretende realizar y de este modo poder cumplir con los objetivos de nuestra investigación.

A diferencia de otros, este tipo de muestreo ofrece la posibilidad de que el investigador estudie, directa e intencionalmente, un número reducido de unidades de análisis de la población, elegidas estas en función de los intereses temáticos que se pretenden investigar. Es así que la población seleccionada son los profesionales que integran el Centro de Rehabilitación y Atención Interdisciplinaria “Moebius”.

Técnicas de recolección y análisis de la información.

Para poder obtener la información necesaria para realizar nuestra investigación, la técnica de recolección seleccionada es la *entrevista en profundidad* (1992), a realizar con los profesionales del centro “Moebius”. Este tipo de entrevista, caracterizada por tener una estructura flexible, permite abrir al diálogo con el entrevistado, priorizando su relato en detalle, así como el descubrimiento de aspectos significativos para él y evitando limitar los aportes que pueda hacer el entrevistado.

Este modelo de entrevistas consta de la participación del investigador y su entrevistado cara a cara, ya que las entrevistas siguen un modelo de conversación y no un modelo de intercambio de preguntas y respuestas.

En cuanto al análisis de la información, este se realizará a través de la aplicación del *método comparativo constante* (Glaser, 1967), el cual permite entrelazar la obtención de los datos, la codificación de los mismos, así como su análisis e interpretación. Este método propone un proceso de análisis de datos basados en la generación de categorías conceptuales (con sus propiedades y dimensiones) a partir de los datos y la comparación entre dichas categorías para armar una trama conceptual que organice y aumente la comprensión de los hechos.

7. Análisis e interpretación de los datos

Para poder llevar adelante el análisis y la interpretación de los datos obtenidos en base a las entrevistas realizadas a profesionales de salud del equipo interdisciplinario de la institución fue necesario procesar toda la información ya que de ella se obtendrán los resultados del problema planteado en la presente investigación.

La información a la cual se accede a través de las entrevistas fue dividida en una serie de categorías principales conformadas por generalidades en referencia a la temática referente a Discapacidad intelectual, estrategias de intervención de los profesionales y su adecuación a la Ley de Salud Mental n° 26.657.

Por consiguiente y en relación a la perspectiva psicoanalítica que guio la investigación es que se llevó adelante el análisis de los datos para el cual se siguió el siguiente esquema de trabajo:

- Transcripción literal de las entrevistas (expuestas en el anexo)
- Lectura profunda y reiterada de las entrevistas.
- Identificación de los aspectos generales relativos a la temática y al objeto de estudio.
- Análisis general de los aspectos mencionados asociándolos en una serie de categorías temáticas principales.
- Análisis final e integrador de toda la información obtenida.

A) Análisis general.

La mayoría de las temáticas fueron abordadas en el transcurso de las entrevistas con cada profesional y de las cuales se pudieron agrupar las siguientes tres categorías principales que están enlazadas con los objetivos de la investigación.

- ***Discapacidad intelectual:*** para poder obtener una idea de cada profesional acerca de la discapacidad intelectual es que surgieron diferentes vinculaciones con la temática como lo son contexto, certificado único de discapacidad, diagnóstico y la severidad que implica cada uno de ellos.

- **Estrategias de intervención:** en relación a las estrategias de intervención que son utilizadas por el equipo de profesionales para llevar adelante un abordaje de la terapéutica es que se establecen relaciones entre el tratamiento que se brinda, la forma de trabajo en el equipo interdisciplinario, el discurso y el lugar de cada profesional, las entrevistas que se realizan con cada sujeto y con su familia.
- **Ley Nacional de Salud Mental:** para obtener información acerca del modo de adecuación que tienen las estrategias de intervención a la Ley Nacional de Salud Mental surgieron aportes de los profesionales en relación a otras normativas vigentes en nuestro país como también sobre la integración en la sociedad de cada uno de los sujetos que concurren a la institución para recibir o planificar un tratamiento.

Discapacidad intelectual.

Acerca de las ideas que se pueden obtener de lo transmitido por los profesionales en las entrevistas y del conocimiento generado a partir de las mismas sobre el funcionamiento dentro de la institución se puede ver en lo que respecta al área administrativa se genera una división en pacientes que son identificados dentro del área de “Salud Mental” y en el área de “Discapacidad”. Esto implica que todos aquellos pacientes que se encuentran administrativamente ubicados en el área denominada discapacidad sean poseedores del Certificado Único de Discapacidad para poder adquirir las prestaciones brindadas por la institución.

Además de esta diferenciación administrativa se encuentra otra relacionada con las formas de abordaje de tratamiento de un paciente que pertenece al área de “Salud Mental” donde generalmente reciben atención en un área puntual, por ejemplo, psicología, fonoaudiología y los pacientes del área de “Discapacidad” reciben un abordaje integral interdisciplinario.

La población que concurre a la institución tiene un predominio de niños de 2 años de edad en adelante, adolescentes y pocos adultos, la mayoría de los entrevistados hacen referencia al abordaje terapéutico en niños “Y... tenemos un 80%, hay desde 4 años hasta adolescentes, menos de 4 son muy poquitos, adolescentes...y adultos estamos

tratando de empezar, el servicio para adultos.” (Entrevista B - Anexo, pág. 4). Concurren a la institución por diversos motivos y siempre se realizan entrevistas de admisión en donde por un lado se lleva a cabo una evaluación terapéutica del niño y una guía administrativa a padres; por otro, una vez aprobada la propuesta del tratamiento por parte de la Obra Social o Prepaga del niño, se realiza con él una admisión terapéutica en su totalidad.

En los casos en los que el paciente no es poseedor del **Certificado Único de Discapacidad (CUD)** es asesorado para que lo solicite, en los casos que se crea necesario, uno de los motivos principales por los cuales es pedido con frecuencia el CUD es porque a través del mismo se puede acceder a un tratamiento interdisciplinario que implica la intervención de varias áreas y económicamente es costoso. La institución al ser un Centro de Rehabilitación y Atención Interdisciplinario se encuentra abocada en su mayoría al área de discapacidad y por lo cual el trabajo se realiza en equipo.

La institución en el último tiempo se aboca al área de la discapacidad a consecuencia de que tomó la nueva categoría de centro de rehabilitación el cual se encuentra diseñado para el paciente con discapacidad, lo que anteriormente no se encontraba con dicho encuadre (Entrevista A - Anexo).

Así mismo, algunos profesionales se comenzaron a formar en dicha área para continuar con su trabajo dentro de la institución ya que adhieren al enfoque de trabajo y hacen referencia a que el mismo condiciona el trabajo en equipo, lo que resulta enriquecedor para los ellos y encuentran en otros espacios de trabajo perspectivas diferentes.

Hay que mencionar además, que se generó en diferentes profesionales la idea de **severidad** presente en algunos niños ya que presentan dificultades en múltiples áreas, a su vez hicieron mención de las patologías que frecuentemente se pueden observar en el trabajo dentro de la institución.

Respecto de esto se realizan diversas diferenciaciones que se establecen en relación a los **diagnósticos** que son plasmados en el certificado de discapacidad que presentan los niños, algunos de ellos son: Trastorno del Espectro Autista, Retraso mental madurativo, Trastorno Específico del Lenguaje, Psicosis, Parálisis Cerebral, entre

otros. Algunos profesionales consideran que los pacientes en los casos donde no hay lenguaje adquirido, se juegan mucho el poner el cuerpo. (Entrevista A - Anexo, pág. 6)

Al referirse a los diagnósticos, la *Entrevistada B* reseña a que conceptualmente hablado ella une el diagnóstico que presenta el CUD con la estructura psíquica que puede percibir del niño:

El retraso mental es el diagnóstico del CUD y yo lo veo como una, si pensas en la estructura o en la constitución subjetiva yo veo una estructura psicótica, una estructura lábil, no veo digamos....sinceramente un retraso mental, si son medio aniñadas pero hablas con ellas y son inteligentes, toda su actitud tiene más que ver con sus subjetividad. (Entrevista B - Anexo, pág. 5)

También es frecuente que se realicen ciertas diferenciaciones como aquellas que tienen que ver con el Trastorno del Espectro Autista y una estructura de psicosis, de esto refiere el *Entrevistado J* mencionando que llegan a consulta para poder obtener una diferencia, pero menciona que es un espectro muy amplio y que “uno se encuentra con chicos digamos estructurados, por ejemplo estructurados, rígidos que son como eh... eh... como si fueran robotitos como se manejan, se manejan más linealmente y son más del espectro de asperger eh...” (Entrevista J - Anexo, pág. 2). Realiza una explicación respecto del discurso que se encuentra en los pacientes con diagnóstico de Asperger donde se puede ver su literalidad y un buen funcionamiento si son acompañados en la cotidianeidad, de otro modo refiere al autismo, mencionando que

Se van más a una cosa desintegrada de su psiquismo eh... con una poca consolidación del yo eh... y.... y bueno que eso digamos también es un aspecto psicótico entonces esa división digo del espectro autista... los chicos que tienen diagnóstico de asperger, que son asperger yo creo que no... no... directamente no tendrían que estar ni cerca de lo que es eh...la cosa autista ¿no? Porque un autista grave es un chico que rosa el mundo psicótico... esa es mi visión... para mí son diferentes cosas... (Entrevista J - Anexo, pág. 2)

En otra oportunidad la *Entrevistada F* hace alusión a que desde su punto de vista un caso **severo** es para ella un caso de autismo donde por ejemplo no hay habla, en

algunos casos no hay contacto visual, entonces, no pueden expresar lo que les sucede o identificar su malestar, se encuentran niños que se pegan, que se auto agreden, muerden y que desde su punto de vista perturban la dinámica que se da en la familia, donde los padres no saben cómo actuar frente a ciertas situaciones.

...Porque esta todo el tiempo el chico “aaaaa....aaaa....aaaa”... entonces eso perturba mucho a los padres porque no saben cómo ayudarlo o no sé... que no puedan ir a un lugar público porque el nene se dispara, empieza a gritar, se golpea, golpea a los otros... es estar constantemente cuidando a ese niño y altera muchísimo a la familia. (Entrevista F - Anexo, págs. 1-2)

Esta idea de severidad que surge en los diversos relatos también la relacionan a las dificultades que presentan los niños, en algunos casos son en múltiples áreas, esto quiere decir, motriz y mental.

...digamos son patologías graves, no estamos hablando de un neurótico, estamos hablando de un psicótico, de un retraso mental que para mí en las dos son psicosis, el que es neurótico si es esta persona con discapacidad visual que es otro tema... (Entrevista B - Anexo, págs. 4-5)

Los profesionales en varias oportunidades tomaron diferentes posturas en relación a la **discapacidad** e hicieron una diferenciación entre algunos casos en los que se presentan pacientes con una afección orgánica o intelectual – mental; esto también fue utilizado para referir a la integración del sujeto con discapacidad.

Si, ni hablar. ¿Sabes lo que pasa acá? La discapacidad intelectual es un problema porque si hay una persona, nosotros tenemos por ejemplo a Michetti y puede trabajar perfectamente pero la discapacidad intelectual cuando...se sabe digamos que la persona tiene un certificado y ya es una persona grande y la tratan como tonta. Hay si bueno... entonces la persona, no está ese respeto a la otra persona diferente, está el... esta es una tontita. Es muy difícil insertarse socialmente, es muy difícil, cargando con eso y que ellos, ese certificado lo hacen carne. Son discapacitadas tienen... es diferente, hoy se dice persona con discapacidad, justamente discapacidad mental y que si dice que tenes retraso mental. Y mi paciente ciego, es diferente. (Entrevista B - Anexo, pág. 5)

Es por esto que los profesionales refieren a que es difícil la integración en sociedad del sujeto con discapacidad intelectual, a diferencia del sujeto con discapacidad motora que tiene mayor acceso a la integración en sociedad, dando lugar a plantearnos si nuestra sociedad se encuentra preparada o no para integrar en la cotidianeidad a un sujeto con discapacidad intelectual.

Si, para mi es difícil porque si bien, no somos una sociedad muy inclusiva también hay un tema de que esto va a ir avanzando de a poco. También creo que es difícil incluir como un par a una persona con discapacidad intelectual, no es tan fácil en un trabajo por ejemplo. Porque hay capricho, porque se comportan...hay situaciones en que estas personas se manejan... no es lo mismo tenerlos como pacientes que tenerlo no sé, en un kiosco y lo tenes como empleado, hay que ver cómo manejarse con ese tipo de discapacidad. No es lo mismo una discapacidad visual, motriz a la persona con discapacidad intelectual que es aniñada, que es caprichosa, que es narcisista... es la sociedad y es la misma persona, esto opino yo. (Entrevista B - Anexo, pág. 5)

En general se refieren a que suena bien la idea de integración del sujeto con discapacidad intelectual, se habla, se dice desde diferentes ámbitos pero que la misma forma de decirlo, la misma palabra integración refiere a que todo vaya por buen camino, pero realmente ven que:

Siempre hay una mirada extraña sobre el discapacitado no sé eh...por ahí yo a la mirada la pongo siempre en que la persona... de qué forma puede tener un lugar a una experiencia donde la vida es posible y por ahí siempre trabaje con ese sentido, en ese sentido. (Entrevista E - Anexo, págs. 4-5)

También la *Entrevistada F* refiere a que la palabra discapacidad no suena bien, que le parece horrible, que no le gusta pero que tiene una impronta fuerte y genera significaciones, las cuales marcan a un sujeto como “discapacitado”. Es por este motivo que se puede tomar una de las aclaraciones de la *Entrevistada A* donde hace mención al vencimiento del Certificado Único de Discapacidad:

¿Viste? ... es un niño, yo siempre hablo mucho del certificado de discapacidad respecto del vencimiento a mí me parece que eso es re importante hablarlo con

los papás, porque no es algo que tiene que llevar de por vida, con lo que tiene que cargar, hay toda una cuestión social, ¿mi hijo es discapacitado?... entonces bueno tiene una fecha de vencimiento y muchas veces eso se renueva, eso también hay que decirlo pero tiene una fecha de vencimiento, es un niño, es un sujeto en desarrollo, entonces no es que esto terminó acá y es lo que va a ser para siempre, por eso hay que trabajar para poder ayudarlo. Ni diabolizarlo, ni decir, esto es una pavada no pasa nada...no, verlo en su justa medida pero pensar que el niño se está desarrollando. (Entrevista A - Anexo, pág. 8)

Por otro lado la *Entrevistada H* realiza la diferenciación entre discapacidad motora, visceral, cognitiva, mental y de acuerdo a cada una se abren aspectos a trabajar en diferentes áreas, es decir, en como planificar los objetivos de acuerdo a una evaluación en el niño o el adulto acorde a su capacidad de funcionamiento, a las actividades diarias que tenga cada uno

...es distinto como un niño con parálisis braquial obstétrica lavarse los dientes que un mental digamos ¿sí?... en verdad la epidemia es de mentales pediátricos ¿sí?... TGD, autismo, trastorno del habla y del lenguaje que son grises que no... no, y por otro lado el deterioro en el adulto, el deterioro senil este... (Entrevista H - Anexo, págs. 2-3)

La misma entrevistada realizó una diferenciación entre la discapacidad e incapacidad que tiene relación con el punto de vista de los entes oficiales del estado en la forma de evaluación respecto de dichos conceptos.

Si vos funcionalmente con un riñón podés hacer todo igual no sos un discapacitado este... bueno a raíz de tamizar a todos los discapacitados por esta clasificación CIF eh... se genera un recupero donde el estado financia gran porcentaje... no todo eh... no no no lo sé exactamente, habría que hablar con las chicas del ente contable emmm... de la prestación, no lo sé exactamente. (Entrevista H - Anexo, pág. 2)

Por lo que se refiere a la incapacidad laboral, la misma es otorgada en el Ministerio de Desarrollo, que no es lo mismo que la discapacidad la cual tiene relación con la funcionalidad de la persona y es otorgada por el Ministerio de Salud:

... el certificado de discapacidad lo emite el Ministerio de Salud es el DNI del discapacitado este... tiene un diagnostico según la OMS y después se clasifican a partir de...dos mil... eh... hará siete años que se adaptó, se aplicó en la Argentina la Clasificación Internacional de Funcionalidad, donde el discapacitado ya no tiene que ver con que cual es la capacidad sino con cuál es la funcionalidad ¿sí? Entonces al modificar como se ve el niño o el adulto ¿no?... pueda ser un discapacitado. Un mono ocular no es un discapacitado, un paciente en diálisis no es un discapacitado hoy por hoy ¿no?... entonces lo que se mide es la funcionalidad. (H, 2019, pág. 2)

En consonancia con esto varios de los profesionales hacen referencia al **diagnóstico** en relación a la carga que el mismo posee, positiva en algunos casos y negativa en otros, dan importancia al posicionamiento del profesional frente al mismo como al de la familia de los niños, el rol que ocupan y la forma en la que es recibido.

Algunos de los ejemplos que surgen en los datos tienen que ver estrechamente con la vinculación que se genera entre la familia, el lugar del niño y del diagnóstico. En algunos casos se cree importante desde el punto de vista donde este diagnóstico que se genera pone algo en palabras y de alguna manera reduce la angustia e incertidumbre que genera el no saber acerca de lo que le sucede al sujeto; en otros no se vivencia de la misma forma ya que el hecho de que el certificado de discapacidad tenga fecha de vencimiento es tomado como un proceso por el cual hay que transitar. (Entrevista A - Anexo, págs. 7-8)

La *Entrevistada C* refiere a que ese síntoma que aparece en el niño, ocupa un lugar en la familia y que en algunos casos se puede modificar algo de lo que va surgiendo, en otros no. Lo que se intenta es que no se deposite todo en el niño, que la familia pueda aportar algo y colaborar en el cambio que se irá generando "... ¿por qué este niño está aquí? No es solamente... no va construido solamente por el ese espacio, sino por toda la dinámica familiar, desde ese lugar sí." (Entrevista C - Anexo, pág. 2)

Según la *Entrevistada G* en algunas familias sucede que se genera una especie de asistencia permanente a los chicos, que las madres dejan sus vidas de lado para abocarse a su hijo y ocuparse de llevarlo a las terapias, porque además de asistir a las

terapias que se brindan dentro de la institución en general van al colegio, hacen alguna actividad física o recreativa

Como que son mamás que están todo el tiempo como abocadas a... y no solo la mamá si no los hermanos, porque viene la mamá con los hermanos más el que tiene que venir a terapia entonces como que toda la familia termina inserta en esto... (Entrevista G - Anexo, pág. 2)

Se puede observar que además de la forma en la que se involucra la familia con la situación por la cual están atravesando, el profesional también genera en algún punto una vinculación con la misma, ya sea poniéndose en el lugar del Otro para pensar en conjunto como también ubicándose desde el lugar de acompañar en diferentes momentos.

Es difícil, porque la verdad que es difícil no involucrarte, es muy difícil no involucrarte, porque hay un niño, detrás del niño hay una mamá que uno dice... la mamá cuando tiene un niño con discapacidad es como un castillo que se derrumba arriba de la mamá porque uno no espera eso, uno espera un niño normal. No se imagina un niño con problemas ¿no? Entonces es una mamá que está pasando por un momento difícil de aceptación y un papá y un niño que tiene dificultades y no podes no involucrarte. Si o si te terminas involucrando con la familia y a mí personalmente me paso que ahora que soy mamá, te, te, te toca aún más, porque vos decis bueno...puede ser mi hijo ¿entendes? Como que te lo tomas de otra manera....que uno sea mamá se termina involucrando aún más me parece.

Pero siempre es importante tener un equilibrio, tampoco tener demasiadas expectativas a veces porque te frustras, hay chicos que son muy severos y que los objetivos son muy bajos a lo largo de mucho tiempo... (Entrevista D - Anexo, págs. 1-2)

Siguiendo en esta línea también se ubica la preocupación del profesional por la forma en la cual se transmite la información a la familia y como esta misma tiene su impacto, es decir, en varios ejemplos que se fueron dando se refiere a ¿qué hace esta familia con la información que reciben? ¿Qué entienden por diagnóstico? ¿Para qué sirve? En

relación a estas preguntas el *Entrevistado J* explica que desde su punto de vista el diagnóstico es algo que sirve para que fluya una comunicación entre los profesionales, según el son códigos que sirven para comprender de qué están hablando, es una orientación entre los profesionales.

... bueno te paso un H4, bueno pásame un H4... te paso... te derivo un D5 bueno viste... son códigos que nos sirven a nosotros para entender de qué estamos hablando ni siquiera para definir que es la persona, que es lo que le pasa a ese individuo ¡no! (Entrevista J - Anexo, pág. 4)

A consecuencia de esto, también menciona que en el contexto en el cual nos encontramos donde se tiene acceso directo con la tecnología, a internet, los familiares toman este recurso para investigar e informarse de una manera que no es la que el *Entrevistado J* considera adecuada ya que a raíz de esto pueden surgir diversos temores y confusiones respecto de la información con la que se puedan encontrar.

Uno como padre te dicen “tu hijo tiene no sé... asperger” y te pones a buscar como loco... te dicen autismo y te pones a buscar autismo como loco y digo... muchas veces eso eh... los carga de temor, de prejuicios ¿viste? Hay que ser como muy cauteloso con eso y... y bueno, ir andando. (Entrevista J - Anexo, pág. 4)

Así mismo, algo semejante sucede con el posicionamiento del profesional frente al diagnóstico que se ubica en el **Certificado Único de Discapacidad**. En general el niño que pertenece al área de discapacidad de la institución tiene un diagnóstico que pertenece al CUD. Entonces hay quienes optan por indagar y cuestionar ese diagnóstico, porque influye en todos los aspectos por ejemplo:

Lo indago, lo cuestiono, lo pregunto y bueno. Lo que pasa es que ahora, si lo tengo en cuenta lo leo, más que el diagnostico leo mucho las anamnesis, me interesa mucho para saber, para ir subjetivando a ese niño, ver sus características y que sea todo muy personalizado. En base a eso preparo las sesiones, que puede resultarte que sirva o no y bueno.

El diagnóstico influye, imagínate que te digan “tenes un hijo autista”...para el niño más que nadie, que tiene ahí el sellito. Ellos se dan cuenta lo que generamos los otros, en la mirada, como te miran los demás. Tantos años y siempre pienso lo mismo ¿cómo serán las imágenes mentales de un niño autista por ejemplo? ¿Cómo verá los ojos del otro? ¿Cómo los miraremos? ¿Qué ojos les ponemos cuando los miramos? ¿Viste? ¿Qué rostros ven ellos?

¡Anda a saber! Vos vas por la calle y ves un nene discapacitado y todo el mundo pone una cara particular y ellos perciben esto...imagínate que... ¿cómo los posiciona? (Entrevista C - Anexo, pág. 6)

Hay quienes creen también que el diagnóstico que aparece en el CUD no siempre es tan certero y pueden verse en sesión otros aspectos que salen a la luz. Los diagnósticos entonces, dan una paneo generalizado de las diferentes patologías y de las manifestaciones clínicas que pueden observarse en un determinado momento

¿Qué te da esa lesión? Si te da un compromiso global del cuerpo, si te da un compromiso de una hemiplejía, te da compromiso de una paraplejía, entonces en base a eso ¿qué tenes clínicamente? Es con lo que vas a pactar la rehabilitación. (Entrevista D - Anexo, pág. 4)

También la *Entrevistada I* refiere a la importancia de que el diagnóstico este bien hecho, que uno como profesional este especializado en las temáticas a las que se dedica a abordar porque se puede perder el tiempo y como la mayoría de la población que concurre a la institución son niños esto debe tenerse muy presente “...la idea es especializarse en esto, especializarse para dar un buen diagnóstico porque con un mal diagnóstico el chico va para atrás, le estás haciendo perder tiempo” (I, 2019, pág. 2); para dar cuenta de esto da ejemplos de vivencias que ha tenido donde “...en casos de chicos que están diagnosticados como TEA y resulta que eran hipoacusico ¿me entendes? Entonces eso le trajo trastornos del aprendizaje, trastornos del lenguaje, de la atención entonces bueno...” (Entrevista I - Anexo, pág. 2)

Pero también puede suceder que en el afán de dar un diagnóstico para hacer foco en algunas cuestiones y pensar las formas en que se llevara adelante el tratamiento

ocurran malos entendidos o daños como consecuencia que no se tuvieron presentes a la hora de transmitirlo.

A veces bueno, un profesional se puede sentir tentado a sentir que... que quiere ser el que le da en la tecla entonces... “no a tu hijo le dijeron esto pero tu hijo tiene esquizofrenia” y no... ¡lo reventaste! Porque reventaste al padre, reventaste ese núcleo por sinceridad o bueno... hay que ser muy cuidadoso con eso y si quieres dar un diagnostico porque te lo pide alguien, tratar de ser algo genérico, en algo que traiga más tranquilidad que preocupación...hay que ser muy cuidadoso y pensar que la familia va a convivir años y años con esta situación entonces hay que ser pienso lo más...aclararles el panorama sí, pero ser lo más benévolo posible en cuanto a la sutileza y a la delicadeza con la que uno transmite una idea ¿no? Porque una vez que vos te creíste que tu hijo es un esquizofrénico bueno eh... lo más probable es que vayas a internet, que busques cosas, que veas eh... qué sé yo... noticias de actos de delincuencia de un esquizofrénico y la verdad es que el hijo nunca en su vida pueda llegar a hacer eso y entonces bueno... ¡tranquilos! (Entrevista J - Anexo, pág. 4)

Otro punto importante para destacar es que los profesionales entrevistados hacen alusión al **sufrimiento** que ven en los niños como aquellos que se golpean, que tiran los objetos que se encuentran dentro del consultorio, donde se puede percibir un malestar en ellos.

...yo creo que un niño que no puede...ehhh... ver a otro, se debe sentir muy solo, como el nene que no puede mirarte a los ojos, que no puede ser convocado por un juego que le estas mostrando, es un nene solo en definitiva, no importa que yo esté ahí, él está solo...entonces es, emmm... pensando en la persona como un sujeto social vos decís...bueno este nene está solo y está sufriendo, está padeciendo. (Entrevista A - Anexo, 2019, pág. 10)

Yo creo que... (Silencio) si, hay sujeto, quizá no el sujeto que uno espera y por supuesto que está en formación, desde ya, pero que no es el sujeto que se adapta, que no es el sujeto que esos papás quieren, ¿no? Por eso hay sufrimiento en la familia.

Puede ser una subjetividad patológica, pero hay una subjetividad ahí, ese nene que me está mordiendo es un sujeto que me está mordiendo. Quizá el no ve en mí un sujeto, no ve un otro al cual eso le está doliendo, pero yo si lo veo como un sujeto. Entonces es un sujeto que está decidiendo morder algo, quizá no a alguien pero si algo. (A, 2019, pág. 10)

Por lo que refiere a aquellos que se encuentran en un mayor compromiso motor, que no manifiestan tener estímulo o intereses, es mayor la dificultad a la hora de trabajar.

Y a veces tenes otros chicos muuuuuy comprometidos motoramente pero que están atrapados como en un cuerpo ¿viste? Que vos decis este chico tiene toda la intención para caminar, toda la intención para jugar, pero está atrapado, atrapado en un cuerpo que no lo puede manejar. (Entrevista D - Anexo, pág. 2)

En el ámbito de la discapacidad es muy nombrado el trabajo en equipo, ya que como se mencionó anteriormente, al encontrar dificultades en múltiples áreas son diversos los aportes que se tienen, sin embargo, se encuentran aquellos profesionales que dan cuenta de su formación y la relacionan con el trabajo que llevan adelante actualmente en la institución como la *Entrevistada A* que menciona lo siguiente: “Yo tengo formación en psicoanálisis y siempre me valgo del psicoanálisis eh... veo al paciente desde el psicoanálisis, veo la vida desde el psicoanálisis (risas)” (Entrevista A - Anexo). Como decíamos, dentro del ámbito de la discapacidad se descubre que es positivo valerse de otras herramientas, las cuales se adquieren a través del espacio compartido.

Aquellos profesionales que se determinan dentro de una formación en el campo psicoanalítico comentan sus experiencias al respecto y como encuadran su práctica en este ámbito “entonces desde la acción yo tengo una interpretación psicoanalítica de lo que va sucediendo pero también uno apunta a la conducta, entonces te vales a veces de ciertos recursos este...” (Entrevista A - Anexo, 2019, pág. 14).

La *Entrevistada B* refiere a que en principio se planteaba la relación de la constitución subjetiva con los diagnósticos por ejemplo de retraso mental, porque si bien “más allá de que ese paciente esté funcionando con un entre comillas retraso” (Entrevista B - Anexo, 2019, págs. 1-2) cree que influyen otros factores como la trama vincular, los

primeros momentos donde se construye el psiquismo que se generan ciertas consecuencias que se llevan toda la vida. “entonces me parece que escuchando ese sujeto o trabajando con ese sujeto y no dejándolo como ahí pegado a un diagnóstico se pueden lograr un montón de cosas sin desconocer que por ahí está funcionando mal en un determinado área y hay que rehabilitar digámoslo así, esa área, pero no significa digamos... de colocarlo, no hay que colocarlo en ese lugar y dejarlo ahí bueno, es un retraso mental o bueno, un tonto” (Entrevista B - Anexo, págs. 1-2) por lo que la base de todo es la clínica y la formación en la misma.

Considerando que la institución lleva el nombre de Moebius “es un concepto que es tomado por Lacan, lo que es la banda de Moebius para definir un montón de conceptos psicoanalíticos entre ellos el exterior y el interior, esta cosa de que no hay diferencia entre uno y otro, es una figura topológica la banda de Moebius” (Entrevista B - Anexo, 2019, págs. 6-7) entonces fue determinado este nombre para poder de alguna forma identificar a la institución con el psicoanálisis “La esencia sigue siendo psicoanalítica, el cómo se ve al paciente, es un sujeto.” (Entrevista B - Anexo, págs. 6-7)

Deseo subrayar el modo en que la mayoría de los profesionales entrevistados se refiere a cada niño con quien debe trabajar y la manera en la cual se piensa y planifica el trabajo con los mismos.

La *entrevistada B* menciona “Siempre se tiene en cuenta lo que necesita cada paciente” (Entrevista B - Anexo, 2019, pág. 6), de igual manera la *Entrevistada D* comenta que “... siempre, siempre les tenes que hablar, charlar, jugar, darle lo que le gusta, porque si le gustan los autos le das los autos...eh... a veces les gusta que les abracen, a veces no le gusta. Por ejemplo cada chico es particular.” (Entrevista D - Anexo, pág. 2).

En el caso de la *Entrevistada C* quien menciona que los niños vienen de atravesar por situaciones de fracaso en la escuela por ejemplo, entonces comienzan a hacer terapia en psicopedagogía y se empiezan a dar los primeros encuentros con el profesional a los cuales son llevados por los familiares, entonces a raíz de esto propone en principio trabajar con el niño desde el lugar de la diversión para que así pueda experimentar que también es lindo aprender; “Yo siempre le digo a los papás, a nadie le gusta hacer lo que no te sale, lo que fracasas, entonces vos les tenes... entonces yo siempre

empiezo... siempre les digo a las chicas, retrocedan para avanzar”. (Entrevista C - Anexo, 2019, pág. 2)

Estrategias de intervención.

Para poder abordar lo que respecta a las estrategias de intervención del equipo interdisciplinario de la institución se debe mencionar los diferentes relatos que fueron surgiendo en torno a los tratamientos que piensan para los niños o adolescentes que concurren a la misma dentro del área de discapacidad.

En primera instancia toda la población que llega a la institución irá atravesando diversas etapas que consisten en principio en entrevistas de admisión de tinte administrativo por un lado y terapéutico por otro. En los casos en que se determina de forma administrativa que el paciente será incluido dentro del área discapacidad, una vez atravesado el proceso de admisión antes mencionado se lo deriva a diferentes profesionales del equipo en función de las necesidades que sean óptimas trabajar con el niño, adolescente o adulto determinadas en estas entrevistas.

... incluso de los tratamientos porque un paciente con discapacidad mental raras veces solo necesita del área de psicología, muchas veces necesita terapia ocupacional, psicopedagogía, eh...y eso también a partir del certificado de discapacidad los papas son conscientes de que las necesidades son múltiples. (Entrevista A - Anexo, pág. 2)

En algunas ocasiones sucede que se ingresa a la institución con una problemática puntual, pero al ir llevándose adelante las admisiones se puede ver que el paciente llega con un problema específico que deriva en otros aspectos, por ejemplo el pedido de un apoyo a la integración escolar, una fonoaudióloga porque el niño no habla, que desemboca en otras cosas.

En los primeros encuentros con los niños algunos profesionales plantean que estén presentes los familiares o tutores del mismo para poder obtener información a fin de posibilitar un mayor panorama del mismo en su ámbito cotidiano, su comportamiento, su estilo de vida, las actividades diarias, su vinculación y demás; en otros, no se tiene demasiado en cuenta el discurso de los padres.

Algunos de los entrevistados como A, refieren a que si bien se realizan entrevistas al comienzo, se tienen las historias clínicas donde se encuentran diferentes datos formales del paciente, a medida que van transcurriendo los encuentros si se nota cierto comportamiento en el paciente que no era habitual, siempre hay algo que queda por fuera o temas que se dan por entendidos y siempre se debe aclarar estos puntos “...algo que no preguntaste, algo que es un error, pero que yo lo hablo mucho a veces con otras psicólogas y otras especialidades, pero siempre hay algo que uno daaaaa por entendido o da por hecho.” (Entrevista A - Anexo, pág. 2)

Una vez que se da comienzo a los encuentros donde primero se ve quien es el niño, que es lo que trae, se da inicio a las hipótesis de trabajo y a trazar los objetivos “...pero yo siempre digo que eso es como se va construyendo, entonces se van a ir modificando, al igual que las hipótesis de trabajo.” (Entrevista C - Anexo, pág. 3)

En lo que respecta al planeamiento de las estrategias a futuro con un niño, la mayoría de los profesionales refieren como punto importante para ello el deseo del niño, sus gustos, que lo atrae, que le disgusta o le molesta, es decir, a medida que se van atravesando los primeros encuentros y se van conociendo, se toman todos estos puntos para poder pensar acorde a esto diferentes abordajes.

Uno siempre apunta a acompañarlo, a darle la mano a ese niño en ese desarrollo, por eso trabajas como desde lo esperable, bueno desde las etapas de crecimiento y que sería lo esperable para esta edad para el niño y bueno, que está ocurriendo o como puede ser que eso ocurra. (Entrevista A - Anexo, 2019, pág. 8)

En general los objetivos con los cuales se trabajan son objetivos planificados a corto plazo, más concretos “...tenes que poner objetivos reales, yo por lo menos trabajo así, a veces los objetivos pueden ser muy a simple vista llanos, muy simples, muy con sabor a poco...” (Entrevista A - Anexo, pág. 8). En general se apunta a que el niño juegue, pero en aquellos pacientes que tienen un compromiso mayor por ejemplo los objetivos son pensados en que ingresen a sesión sin dificultad.

...cuando hablo de pacientes severos, hablo de pacientes que por ahí ingresan y no te miran, como no sé ...espectro autista, donde el nene tiene muy poco

registro de lo que pasa a su alrededor, o casos donde hay más compromiso a nivel...eh, no digo agresivo pero si hay un gran componente medio tanático como de morder y empujar, pegar, patear, entonces es como que tenes que contener un poco al paciente, no es fácil, esos son pacientes donde vos tenes que poner mucho el cuerpo. (Entrevista A - Anexo, págs. 6-7)

Es un trabajo que requiere de mucha paciencia porque en estos casos de mayor compromiso, se comienza con muy poco para poder hacer "... D era un niño que estaba de espaldas, mirando a la pared y yo le tiraba pelotitas y un día se dio vuelta y la ruedita que le había tirado de rasti, me la devolvió ¿viste?" (Entrevista C - Anexo, 2019, pág. 2), luego se sigue adelante realizando diferentes intentos para ver como poder modificar esta situación adquirida en el niño ya que una de las características del trabajo en discapacidad es la repetición, repetición del juego por ejemplo que hay que ir incluyendo algo nuevo por hacer o conocer, entonces en base a esos pequeños cambios se van generando nuevas pequeñas estrategias que desembocan en otras más complejas por ejemplo "que pueda leer y escribir. Bueno justo ese ejemplo es muuuy grande pero que se acerque a la simbolización, la palabra, el dibujo y bueno, la lectura y la escritura." (Entrevista C - Anexo, pág. 2)

Lo importante para algunos profesionales como el *entrevistado E* es hacer un trabajo ordenado "que tenga principio desarrollo y final eh... algo que pase por lo... ósea hacer que el chico acompañe, escuche y tenga una producción propia [...] que esos tres momentos surjan es lo mejor que puede pasar..." (Entrevista E - Anexo, pág. 1).

Se destaca en gran parte que las actividades que se presenten no sean impuestas al niño sino más bien que se pueda indagar previamente que es lo que le gusta, que herramientas busca, que elementos toma, es decir, conocerlo. Entonces se tiene en cuenta la clínica, al ser en su mayoría pacientes menores de edad se tienen entrevistas con los padres y si a raíz de lo que se observa clínicamente surgen dudas, es muy frecuente que se consulten entre profesionales, a la familia o a quien tenga mayor vinculación con el niño.

El *entrevistado J* expresa que dentro del ámbito de trabajo de discapacidad las consultas con psiquiatría son en general por problemáticas que se presentan en la

conducta del niño, a excepción de que surjan síntomas que tengan mayor relación de procesos que se presentan como alucinaciones auditivas, interceptaciones en el pensamiento, pero es frecuente las consultas por conductas disruptivas, trastornos por hiperactividad, falta de concentración en el niño, etc. (Entrevista J - Anexo, 2019, pág. 1)

También se tiene presente en muchos casos de acuerdo a la disciplina, como aquellas que están más relacionadas a trabajar con una afección motriz puntualmente, como la terapia ocupacional, kinesiología diferentes puntos ya que en muchas de ellas se piensan objetivos en vinculación directa con lo que incumbe a la rehabilitación motora, entonces además de generar en principio un vínculo con los pacientes se encuentra determinada la modalidad de trabajo que se requiere. Algunos de los ejemplos brindados por la *entrevistada D* mencionan a las lesiones cerebrales “...una lesión en el parto por hipoxia, isquemia eh... le falta oxígeno al cerebro, hay una lesión y hay una manifestación motora, entonces el chico ya no va a adquirir todas las pautas motoras acordes a la edad.” (Entrevista D - Anexo, pág. 1)

Tienen ciertas pautas del desarrollo en el niño que son observables como por ejemplo “alrededor de los tres meses tiene que sostener la cabeza, a los cuatro o cinco meses tiene que empezar a sentarse y a los seis meses tiene que tener un sentado ya” (Entrevista D - Anexo, 2019, pág. 1), se trabaja para poder facilitar que gateen, que se paren, que adquieran la marcha “...hay chicos que tienen una lesión tan severa que nunca llegan a sostener la cabeza por ejemplo.” (Entrevista D - Anexo, pág. 1)

Con respecto a las estrategias de intervención y a la planificación de los tratamientos que se llevan adelante en la institución se deben expresar los diferentes relatos encontrados en las entrevistas que en la mayoría coinciden en el trabajo en equipo, tener como referencia al equipo a la hora de intercambiar ideas con los demás profesionales que trabajan diferentes disciplinas y aspectos con el mismo niño, como también los aportes que se pueden dar si no se trabaja compartiendo el mismo paciente.

En general en las reuniones de equipo los temas que surgen tienen que ver con el funcionamiento que tiene cada niño en los diferentes espacios, los profesionales

comentan las diferentes experiencias que van teniendo, comparten muchas cosas, hasta los materiales de trabajo

A mí me ha pasado de pedirle a la músico algún material porque veo un nene muy apegado estemmm... no sé... a una maraca, por ejemplo me ha pasado y entonces si yo no lograba que entrara a sesión o que permanezca bueno le pedía permiso a la músico si podía tomar ese elemento y lo traía a la sesión, ¿entendes? (Entrevista A - Anexo, pág. 7)

Desde la institución se plantea una dirección clara en relación a los tratamientos, los objetivos del tratamiento son en base a la rehabilitación del paciente en las diferentes áreas, los objetivos deben ser claros desde la coordinación terapéutica para poder construir en conjunto con el profesional, lo que se puede hacer con el paciente dependiendo de las especialidades que cada uno posea. (Entrevista B - Anexo, 2019)

Cada profesional tiene una mirada muy marcada de acuerdo a su disciplina con la que traza los objetivos correspondientes a la misma y a su vez tiene una percepción del sujeto diferente a la de otro profesional y esto es lo enriquecedor del trabajo en equipo, el poder compartir estas miradas, las cuales se entrelazan con los objetivos de los demás, la mayoría de los profesionales refieren a que hay un equipo de trabajo al cual referirse.

Me encanta en equipo, porque mi cabeza sola es una sola pensando y en cambio en un equipo siempre la formación del otro enriquece que es distinta, aunque sea la misma profesión, pero sos otra persona, que estudiaste en otro momento y si... no, me gusta mucho armar mis objetivos y después reverlos con otros, me encanta que me supervisen porque te equivocas, mas con estas patologías, es complicado. (Entrevista C - Anexo, pág. 3)

Consideran necesario el trabajo en equipo ya que de forma individual no es favorable ni para el profesional, ni para el paciente. Es necesario que exista un espacio interdisciplinario para poder trabajar de esta forma expresar dudas, contar diversas experiencias, preguntar sobre otras situaciones diferentes a las que están acostumbrados a abordar, lo consideran de esta forma por la cantidad de factores que

influyen a los sujetos con lo que se debe abordar desde diferentes puntos de vista. (Entrevista F - Anexo, 2019, pág. 5)

En relación con la figura del médico dentro de la institución, surgieron puntos de vista interesantes que tienen que ver con el rol que cumple principalmente para la institución y para la supervisión de los tratamientos que se llevan adelante en la misma, pero además porque según algunos de los profesionales es de gran ayuda para la transmisión de información que respecta a las familias.

En algunos casos ha pasado de sugerir a las familias interconsulta con otros profesionales, como por ejemplo, con psiquiatría y esta sugerencia no era tomada, que también tiene relación con la resistencia de las familias a una consulta psiquiátrica. Con la aparición de la figura medica en la institución, al transmitir la misma sugerencia era recibida de forma positiva por las familias y se realizaba, lo que implica un gran ímpetu en el discurso del médico. La entrevistada A refiere “también es porque el medico comunica de alguna manera a veces distinta a la que lo hace por ahí un psicólogo, es más directivo ehh...” (Entrevista A - Anexo, 2019, pág. 4) entonces esto es tomado de forma enriquecedora por el equipo terapéutico. A su vez la profesional en medicina se vale de la información que puedan brindarle los profesionales, la cual es volcada en las historias clínicas, en los informes que se realizan de los pacientes, etc.

Tiene que ver con una mirada de la medicina, con una mirada más hegemónica, nuestras profesiones si bien están en este momento...terapia ocupacional recién se conoció hace poco, es una carrera muy nueva y psicología también comenzó a tener más poder y bueno nada...creo que se empezó a conocer un poco más el trabajo desde otros ámbitos... pero la mirada medica siempre es más importante porque la mirada de la sociedad todavía está como en este modelo medico hegemónico. (Entrevista F - Anexo, pág. 4)

Por otra parte, la propia profesional en medicina de la institución refiere a su trabajo como ordenador:

Pasar por el tamiz medico los objetivos y la evolución del tratamiento ¿no? [...]
En general tratar de que haya un nexo que sea el médico y esto nada más que

por una visión vertical no porque ahí podría ser cualquier otro el que funcione como eje ¿no? Pero también al estar el médico, uno puede pedir las no sé, el ultimo electroencefalograma, las ultimas valvas, la última... el ultimo equipamiento si es un paciente motor este... re chequear el tratamiento psiquiátrico si estaba o no funcionando ¿no? Es como el director de la orquesta que ve... bueno hay que ajustarle un poquitito porque en verdad el psiquiatra no lo ve todos los meses... lo pone en tratamiento y lo sigue viendo el médico de cabecera digamos...” (Entrevista H - Anexo, pág. 1)

Ley Nacional de Salud Mental.

Por lo que se refiere al conocimiento sobre la Ley de Salud Mental N°26.657 presente en la Argentina surgen varios relatos que se pueden agrupar en tres puntos diferentes, uno de ellos refiere al desconocimiento del cuerpo de la ley, otros refieren a una aprobación personal con lo que se establece en la normativa pero desde un lugar en el cual se deja de forma implícita que los mismos son elaborados a partir de comentarios sobre la misma o por hacer referencias a ciertas temáticas que se desarrollan en la ley pero que los mismos desconocen y por último aquellos que se encuentran interiorizados en las diferentes temáticas planteadas que a su vez dan cuenta de una profundización sobre la misma.

En particular aquellos profesionales que se encuentran en un lugar de desconocimiento de la normativa hacen mención en algunos casos a que si no se realiza una revisión de la misma en la institución de manera grupal no se interiorizan en el tema. Refieren en general a que adhieren a la normativa basándose en comentarios que obtuvieron de la misma.

También se refieren al contexto, a la época en la que nos encontramos y se realizan diferenciaciones con épocas anteriores en relación a las habilitaciones de las instituciones dedicadas al trabajo en el ámbito de la salud mental pero refieren a que no es posible implementar la ley “La Ley de Salud Mental por ejemplo... es muy linda, está bárbaro pero eh... no sé qué decir al respecto porque no se implementa todo acá.” (Entrevista E - Anexo, pág. 3)

Y... la tenemos ahí...lo que podemos llegar a tomar es las cuestiones de obligatoriedad de las obras sociales, de cubrir este...de que esté en el PMO eh, lo que es las prestaciones de salud mental. Es un aporte para el trabajo, para enriquecerse uno, pero no le da un marco legal a la institución. Profesionalmente si por ahí esta cosa de no institucionalizar, de la figura del acompañante terapéutico ¿no? Que es el gran cambio que propone, además del consentimiento informado y la interdisciplina. Sí, pero estamos más influenciados como institución de la Ley 24.902 que es la de discapacidad. (Entrevista B - Anexo, pág. 7)

Simultáneamente aquellos profesionales que se encuentran más informados sobre la temática de la Ley y refieren al consentimiento informado, el cual se implementa en Moebius, “Las instituciones lo hacen porque se resguardan legalmente etc. ¿no? Uno en consultorio privado peca de alguna de estas cosas.” (Entrevista A - Anexo, pág. 12).

Para quienes pudieron hacer alusión a su trabajo en relación al consentimiento informado, el *Entrevistado J* refiere a que siempre informa sobre el tratamiento que destina a sus paciente, comenta cuales son las acciones que se llevaran adelante pero no genera un documento para ser firmado en común acuerdo con el paciente o familiar a cargo, lo cual considera importante “es como un contrato de tratamiento pero la verdad es que no lo hago, es algo que tengo pendiente y me lo haces recordar hablando de esto...porque en la práctica lo hago pero en general hay que hacerlo...” (J, 2019, pág. 3). Considera también que forma parte de un resguardo legal dentro de su profesión puntualmente porque más allá de que en la institución Moebius se realiza un consentimiento informado al comienzo de los tratamientos, en su especialidad se realizan tratamientos medicamentosos en los cuales como profesional se asume un riesgo ya que los mismos pueden tener efectos adversos, los cuales en general son de baja presentación pero están descriptos y pueden surgir.

Si uno al dar esa medicación firma un consentimiento informado de alguna forma es un contrato de tratamiento que la persona asume también ese riesgo. Si uno no firma nada, si el paciente no firma, eh... bueno nada, va a estar el profesional mucho más desamparado frente a la ley, frente a un posible reclamo

jurídico si uno no ha firmado nada con lo cual me lo haces poner ahí en mi lista de prioridades e imprimir un consentimiento informado y tenerlo en mi rutina... es un papel más...tantas cosas se firman... (J, 2019, pág. 3)

Por otro lado también se hace referencia a que se ha puesto énfasis en el último tiempo en la estigmatización del paciente con discapacidad con lo que la Ley viene a dar un aporte más integrador en la sociedad, ya no se oculta como se era habitual en las familias, hay un espacio de integración escolar, “en eso me parece que la ley de salud mental ha ayudado mucho. ¿No?” (Entrevista A - Anexo, 2019, pág. 13)

De la misma forma, los profesionales refieren que la Ley ayuda y sirve para visibilizar cuestiones básicas que deben ser respetadas en sociedad, porque si bien se pueden tener dificultades en ciertos aspectos:

...es un niño, que necesita jugar, ir a la plaza, tener pares, es difícil, sí bueno pero necesita hacerlo... como no porque pasa por el kiosco y hace un escándalo en la puerta del kiosco y ¡no lo saco más!, bueno no, estas vulnerando derechos, entonces me parece que los marcos legales ayudan mucho a eso. Me parece que más en el área profesional. (Entrevista A - Anexo, pág. 13)

Respecto de la implementación de la Ley en el trabajo, algunos de los entrevistados refieren a que es interesante el planteo que trae en el ámbito de la salud mental, como por ejemplo en los dispositivos que se proponen como intermedios de lo que respecta a la internación como lo son los centros de día, casas de medio camino que antes no estaban. Se incluye además el reconocimiento de algunas profesiones como lo son la Terapia Ocupacional, el acompañamiento terapéutico, pero sin embargo, algunos entrevistados consideran que está diseñada para ser implementada en otro país que tenga mayor desarrollo en el funcionamiento de estos puntos “nuestro país no está preparado para esa ley porque contempla... ósea está hecha para un país desarrollado que pueda abarcar todos estos ítems de contener a todas estas personas con estas necesidades pero que para mí acá... no sé... no sirve” (Entrevista F - Anexo, pág. 7)

La *Entrevistada F* hace mención a la posibilidad acotada que se tiene para la buena implementación de la misma y hace referencia a los hospitales monovalentes “siguen siendo monovalentes pero con otro nombre porque según la ley ya no se permiten este

tipo de hospitales, estas instituciones eh...” (F, 2019, pág. 7); en dichas instituciones generalmente se encuentran personas en situación de calle o que se encuentran en un estado de vulnerabilidad social, donde se genera una dificultad para llevar adelante la externación de los mismos y pretender que se cumpla un tratamiento en un determinado periodo de tiempo, porque vuelven a estar institucionalizados por la situación en la cual se encuentran, entonces:

Terminan siendo monstruos como el Borda, como el Moyano, con pacientes que están hace 50 años y que no los podes sacar de ahí porque es su estilo de vida y esta ley va en contra de eso, totalmente en contra y no me parece que esté mal pero creo que no tenemos los dispositivos adecuados para poder cumplir la ley, eso es lo que creo. (Entrevista F - Anexo, pág. 7)

La ley de salud mental plantea a la internación como último recurso...Claro... de hecho la vez que me toco en un caso infantil recurrimos a capital federal digamos como valoración de la guardia... siempre la internación es el último recurso en discapacidad y en pacientes ambulatorios...siempre tiene que ser el último recurso porque cuando todo lo anterior no alcanzó ¿no? (Entrevista J - Anexo, 2019, pág. 3)

Por otro lado, la entrevistada fomenta que en las instituciones se deba trabajar desde la interdisciplina la cual según ella tiene relación con una cuestión estructural y de organización además de la posición que deba tomar el profesional para esto “uno tiene que tener una actitud interdisciplinaria no solamente que lo imponga la institución sino uno también buscar la manera de comunicarse con otros profesionales, pero esto creo que si está un poco más este... esta buenísima la ley pero (risas)” (Entrevista F - Anexo, 2019, pág. 7) Refiere además a que no hay forma de regular la ley, que no se encuentran presupuestos y en las instituciones “¿quién regula los entes de salud para que funcionen tal cual funciona la ley?... en otros países capaz pero acá... es imposible...” (Entrevista F - Anexo, pág. 7)

Hay que mencionar que se tienen presentes otras normativas además de la Ley de Salud Mental, como por ejemplo aquellas que tienen que ver con las prestaciones en el ámbito de la salud, derechos de los niños, integraciones escolares, etc. “... el área de

discapacidad hay que preservar el derecho que tiene el niño, [...]familias que no lo llevan al jardín o al colegio incluso porque el nene se portaba mal, entonces la maestra dijo a la mamá que se portaba mal y entonces la mamá lo dejó de llevar” (Entrevista A - Anexo, 2019, pág. 12). También en relación a hechos de violencia, se debe saber cómo actuar en dichas situaciones y que protocolo seguir adelante, tanto desde la institución como profesionalmente hablando.

También se hizo alusión a la Ley 24.901 de Discapacidad, la cual establece las prestaciones básicas que deben ser brindadas a las personas con discapacidad, se establece en la misma además el marco básico que regula y reglamenta todas las prestaciones y la garantía de las mismas. (Entrevista B - Anexo, 2019)

En cuanto a la intersectorialidad que es uno de los puntos plasmados en la Ley de Salud mental y se establece la coordinación entre diferentes instituciones del sector de salud, enfocadas al bienestar y a la calidad de vida, desde la institución Moebius se tiene en cuenta que cada paciente tiene su emergencia en concordancia con su obra social o prepaga pero que además cuentan con una emergencia en la institución a la cual se deben comunicar en cualquier situación de riesgo, luego de eso se supone que entra en acción la atención que corresponde a cada uno. (Entrevista G - Anexo, 2019).

En el caso que pueda surgir una situación de negligencia, la cual puede ser provocada por diversos factores por ejemplo:

...abandono de terapias no porque no es, pero si vemos que hay un nene que peligra la vida por x razón eh [...] no sé, que de acá vean que.... La doctora de acá lo revisa y se encuentra algo que tiene que atenderse y la madre no responde y si... viene el nene y algún profesional detecta abuso o maltrato o lo que fuera porque son espacios en los que puede pasar esto de salir... puede surgir y hay que hacer la denuncia. Si el profesional tiene dudas, porque el que tiene que hacer la denuncia es a quien le manifestaron la situación. Ante la duda tenes que consultar, pero si a vos un nene en la terapia te lo manifiesta estas obligado a hacer la denuncia, vos como profesional... no es que me lo tenes que decir a mí que soy la trabajadora social del lugar y yo tengo que ir... ósea es parte de las competencias de cada profesional y aparte eso está reglamentado en el

código civil, por la mera sospecha, ósea uno no tiene que tener la confirmación, no somos peritos para ir a determinar... pero si vos tenes indicios y sospechas tenes que hacer la denuncia. (Entrevista G - Anexo, págs. 3-4)

B) Análisis final.

El propósito de este análisis es poder articular los diferentes discursos expuestos por la serie de profesionales entrevistados que pertenecen a la institución tomada como objeto de estudio de la presente investigación con el gran abanico de aportes teóricos que fueron desarrollados en la misma.

Para comenzar se transmitirán, a través de casos concretos, las ideas que los profesionales se formaron sobre la discapacidad intelectual. Representan la unidad de análisis del trabajo para luego ahondar en lo que refiere a las estrategias de intervención interdisciplinarias utilizadas en el ámbito de la discapacidad, para concluir en la observación de estas estrategias en consonancia con su respectiva adecuación a la Ley de Salud Mental N° 26.657.

I.

Construyendo una idea de discapacidad intelectual en relación a los conceptos de normalidad y anormalidad.

*“La diversidad, la diferencia
plantea indefectiblemente la necesidad
de soportar que la misma se aborda
desde el propio punto ciego”
(Nélida Shinzato, 2008)*

Hablaremos sobre la diferenciación que realiza la institución sobre los sectores de trabajo que abarca, por un lado aquel destinado a la atención de salud mental y por otro aquel destinado a la discapacidad; entonces, se ubica a la segunda como aquella encargada de alojar el tratamiento de pacientes que en su mayoría son niños menores de edad y que se encuentran con limitaciones de funcionamiento en diversas zonas: cognitiva, conductual, social y práctica.

Para poder recibir atención dentro del área de discapacidad de la institución nos encontramos con el requisito indispensable de poseer el Certificado Único de Discapacidad, sobre el cual se ampliará más adelante.

Retomando lo anterior, las limitaciones del funcionamiento son consideradas dentro de un contexto de ambientes comunitarios en donde se comparten las mismas edades y espacios culturales; incluidos en ellos el barrio, la escuela, el club donde hacen algún deporte por ejemplo, en el cual se pone en escena que el sujeto tenga interacción con otros mostrando los modos de comunicación que se implementan relacionados con el lenguaje, el comportamiento motor y sensorial.

Se considera importante poder identificar si el sujeto posee limitaciones de este tipo para así brindar los apoyos y adaptaciones necesarias que permitan mejorar el funcionamiento en el sujeto con discapacidad.

Con esto y en consonancia con el desarrollo realizado por la OMS en su diseño de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, se lleva adelante la idea que influyen en las funciones del desarrollo intelectual los factores del ambiente, entre ellos, lo físico, lo social, ambiente en el que se vive porque afecta en el desempeño de los sujetos.

En este sentido, podemos deducir una idea ubicándola en el modelo de discapacidad social donde se postula a la misma como el resultado de las condiciones, actividades, estructuras que se encuentran insertas en un medio ambiente creado y habitado por los hombres.

Este medio ambiente en el que el hombre es el principal protagonista permite que las limitaciones sean consideradas como tal y las evidencia, marcando desventajas que se tienen y definiendo el estatuto de discapacidad, por lo que el efecto discapacitante es para la persona marcado por el ambiente y las estructuras sociales en las que se ubica, el cual podemos decir no se encuentra capacitado para brindar respuestas a sus demandas, ni dar las herramientas que necesitan.

En este punto parece oportuno retomar los aportes anteriormente desarrollados de Carlos Skliar, quien hace alusión y nos muestra un nuevo concepto, el de alteridad para referirse a la discapacidad, poniendo en juego diversos factores como el lenguaje, la atención, el conocimiento, el cuerpo y el aprendizaje, con la idea que socialmente se tiene de la normalidad, haciendo énfasis en un sujeto diferente, del cual en ocasiones

se sacan conjeturas sin haber llevado a cabo una vinculación con el mismo que permita la interacción para conocerlo.

De acuerdo a los datos obtenidos, se plantea a la discapacidad intelectual como un problema en relación al respeto entre iguales, entre pares dentro de una sociedad. En este punto, se pueden identificar diversas actitudes que en la sociedad pueden ser naturalizadas y no dejan de ser un factor que pone al sujeto con discapacidad ubicándolo en un lugar diferente.

En primer lugar, hablar de inserción e integración en el ámbito laboral, escolar, social es difícil; en segundo lugar todavía somos testigos de una mirada extraña al sujeto en esta situación, es decir, es un sujeto que socialmente continúa siendo percibido como un individuo que debe ser corregido o peligroso; y tercero porque en general son sujetos que se encuentran en un lugar de sobre protección en su espacio familiar y en el afán de la familia de no exponerlos a situaciones que generen un nuevo malestar, se los priva de diferentes situaciones que podrían experimentar.

Así mismo, estos motivos son los que traen la naturalización de la idea de normalidad, dando por comprendido que lo normal es el estereotipo al cual estamos acostumbrados, lo que es común para todos, lo útil, lo eficiente, pero ¿todos somos eficientes en lo que hacemos? ¿Siempre podemos generar algo útil?

Esta idea de norma que encontramos tan arraigada en todos, lleva a tener también sus repercusiones en el propio ámbito familiar donde, por ejemplo, si se reciben comentarios del estilo “este niño no tiene un buen comportamiento”; “hace muchos berrinches”; “no habla con la edad que tiene”; “no quiere jugar con sus compañeros”, se puede tomar frente a ellas una actitud de protección y evitar espacios en la comunidad donde se lleva adelante encuentros con otros.

Al respecto de dichas actitudes, que en particular se ejemplifican dentro del contexto familiar, surgen como interrogantes de la idea de “exclusión” que se enlaza con las carencias del sujeto que puedan ser expuestas de forma explícita en diferentes espacios sociales.

Lo dicho hasta aquí podría dejarnos suponer que las nociones elaboradas por Foucault acerca de la “normalidad” y “anormalidad” todavía son consideradas dentro de la sociedad. En la diversidad de ejemplos que se toman de los profesionales entrevistados surge la demanda por parte de las instituciones a las cuales concurren los niños, como también por las familias explicando el comportamiento inadecuado que los mismos tienen en sus ámbitos cotidianos y solicitando de alguna manera un saber acerca de aquello que ocurre en el niño en el cual implícitamente encontramos en él naturalizada la idea de aquello que es o debe ser “normal”.

Esto implica que se puedan retomar las ideas desarrolladas en el siglo XVIII acerca de la figura del “individuo a corregir” como también aquella que aparece a finales de siglo XIX conocida como la figura del “masturbador”; estas figuras junto con la del “mounstro humano” vienen a representar la anomalía. Para contextualizar, podemos decir también que esta forma de pensamiento continua atravesando a grandes sectores de la sociedad, porque el hecho de que un niño no pueda permanecer dentro del aula trabajando a la par de todos sus compañeros, que no pueda permanecer en la plaza compartiendo juegos con otros, que no tolere permanecer en un transporte público sin llamar la atención al resto, hace que permanezca expuesto en la sociedad y sea visto como alguien que no tiene un comportamiento normal, con lo que frente a dichas acciones surgen diversas demandas en torno a la posibilidad de enseñarle al sujeto cómo debe actuar, comportarse y ser en la sociedad.

Sin ir más lejos, algunos de los profesionales hicieron referencia a la idea de que es difícil para ellos no involucrarse con los familiares o con el niño mismo porque se ponen en el lugar del otro pensando por ejemplo que: “la mamá cuando tiene un niño con discapacidad es como un castillo que se derrumba arriba de la mamá porque uno no espera eso, uno espera un niño normal” (Entrevista D - Anexo, 2019, pág. 1).

No sólo queda expuesto que se hace alusión a un juicio de valor que deja naturalizada la idea de lo anormal sino también que queda expuesta la naturalización de lo normal de hombre que debe ser como el resto, dando lugar a la clasificación y comparación.

Simultáneamente, esto nos remite a que la llegada de un niño a la familia es un acontecimiento que genera conmoción, por lo general, las familias tienen diversidad de reacciones de acuerdo con la estructura en la que cada una se encuentre.

Fainblum (2008) hace mención a que el niño se gesta de manera biológica pero también se encuentra por otra parte la existencia del deseo de los padres ¿Cómo podemos anoticiarnos de esto? a través del discurso de los mismos porque se generan expectativas en ellos en frases tales como: “será alto”, “será un buen compañero”, “tendrá el carácter de su padre”, etc. Lo que anticipa en un discurso que antecede al lenguaje, el cual, tiene un lugar en el deseo de sus progenitores.

Algo de la historia de los progenitores está en escena, vendrá a “completarla”, a rectificarla, a realizar sus “sueños dorados”. Un proyecto se despliega, la trascendencia más allá de la muerte. En ése, “su hijo”, se juega el narcisismo de los padres, su ideal, dimensión interviniente en la construcción del aparato psíquico del recién nacido. A todo niño se le reserva un trono: “His majesty baby”. (Fainblum, 2008, pág. 25)

Considerando que un hijo en la realidad no es lo que se imaginó sobre él, siempre se identifica a un rasgo, no a todos y cuando nace un niño que luego los padres se anotician de una alteridad, será necesario para los padres que atraviesen por un proceso de duelo que los conduzca a la inscripción de este hijo en su deseo.

...digamos a nivel anímico para las familias darse cuenta o aceptar o duelar la idea de hijo que tenían para pensar que ahora el hijo va a tener un certificado de discapacidad, es una palabra muy difícil hay muchos papas que ni siquiera pueden nombrarla. No es fácil

Había algunos pacientes que pertenecían a salud mental y que con el tiempo ibas viendo que tenían ciertos rasgos como de retraso mental, ciertas dificultades y a veces terminaban después haciendo el certificado y perteneciendo al área de discapacidad. (Entrevista A - Anexo, 2019, pág. 1)

Al constituirse este duelo de un proceso que se dará de forma gradual, llevando el tiempo que cada uno necesite para realizarlo, es posible que el profesional pueda acompañar quizás dando en algún punto la posibilidad de simbolización.

Desde una perspectiva analítica, la cual se ampliará más adelante, se debe agregar que “la significación que en los padres circule sobre la discapacidad de su hijo marcará la estructuración subjetiva del niño y la significación que para él tendrá su discapacidad” (Fainblum, 2008, pág. 46).

Consideramos entonces que los profesionales tienen una idea acerca de la discapacidad en la cual coinciden en varios aspectos. En primer lugar, se tiene en cuenta que es un sujeto diferente, como lo somos todos, lo que implica poder identificar qué tipo de limitaciones posee y a qué herramientas tienen acceso, para de esta manera planificar posibles intervenciones.

En segundo lugar y porque nos encontramos dialogando con un sujeto, también nos remitiremos directamente a todo aquello que conlleva hablar de deseo, de posicionamiento propio, de cualidades, de virtudes y complejos.

En tercer lugar, se tienen en cuenta las condiciones en las cuales se encuentra inmerso este sujeto, que factores entran en juego en el ambiente en el cual vive y al cual se encuentra expuesto sin por ello armar hipótesis o conjeturas que puedan llevarnos a realizar intervenciones equivocadas.

Pensamos entonces a la discapacidad como una alteridad, como aquello que se presenta como contrario, como lo somos todos, diferentes unos de otros y no considerarla ligada a un déficit, lo que trae aparejado una variedad de cuestiones como lo son la idea de anormalidad y normalidad.

La relación que se establece entre el sujeto con discapacidad intelectual, los diagnósticos y el certificado único de discapacidad como requisito para recibir una atención integral en salud mental.

“Así como los niños comienzan trazando sus primeras letras con lápiz, los profesionales que nos ocupamos de la salud mental de los más pequeños también tendríamos que utilizar un lápiz para escribir esas primeras hipótesis diagnósticas”

(Gisela Untoiglich, 2014)

Consideremos ahora el amplio abanico que tenemos sobre la implicancia del Certificado Único de Discapacidad en el sujeto ya que el mismo imprime un diagnóstico en él.

Antes de continuar debemos dejar expuesta la diferencia entre discapacidad e incapacidad que son brindadas por organismos oficiales en nuestro país. Por un lado, el Ministerio de Salud de la Nación otorga el Certificado Único de Discapacidad aplicando la Clasificación Internacional de Funcionamiento, procediendo a una medición de la funcionalidad. Por otro lado, el Ministerio de Desarrollo otorga la incapacidad laboral que tiene que ver con que un trabajador no puede realizar las funciones de su puesto de trabajo a causa de un accidente o enfermedad.

“...el certificado de discapacidad lo emite el Ministerio de Salud es el DNI del discapacitado...” (Entrevista H - Anexo, 2019, pág. 2)

Hecha la anterior salvedad, queda expuesta de una forma aún mayor la idea de la que hablábamos anteriormente sobre normalidad, ya que al aplicarse la clasificación internacional de funcionamiento llevando adelante un procedimiento de medición de la funcionalidad es claro que se tiene como parámetro el común denominador de hombre.

A raíz de esto, se vincula al paciente con el Certificado Único de Discapacidad, porque quien se encuentre en esta área debe ser poseedor del mismo para acceder a las prestaciones que brinda la institución. Es en este sentido, que se logra que los entrevistados hagan una profundización del tema y surge la idea de que estos niños, los cuales poseen un diagnóstico impreso en este certificado, no representan ese cuadro.

Respecto del diagnóstico, debemos realizar una agrupación de acuerdo a los datos obtenidos. Las mismas se pueden observar en dos puntos diferentes, por un lado, aquel que compete al trabajo del profesional en salud y por otro, al sujeto y su entorno.

Encontramos que los profesionales ubican al diagnóstico como un elemento o herramienta de trabajo, donde se permite entre los mismos tener un lenguaje en común, saber a dónde se está apuntando, pero que con ello no se define al sujeto que lo ha recibido, lo cual ampliaremos mejor más adelante desde una perspectiva analítica.

El hecho de poder identificar un diagnóstico y que el mismo sea bien logrado o definido por un profesional, también influye en que se pueda realizar un tratamiento direccionado de forma adecuada para brindar respuestas positivas. Es por ello que en general el mismo es indagado, cuestionado por los profesionales por más de que este diagnóstico de un panorama de la situación en la cual se encuentra el sujeto.

Con esto se hace referencia a que las hipótesis que los profesionales utilizan deberían ser tomadas como borradores, porque por un lado son indispensables para el abordaje terapéutico pero por el otro, no deberían construirse como una marca en la vida de un sujeto.

Un diagnóstico debería ser tomado como aquello que es orientador para el profesional, teniendo en cuenta la posibilidad de que este mismo vaya adquiriendo modificaciones en el proceso de maduración del niño. El trabajo que el profesional va a ir realizando con el niño y su familia irá cambiando sus condiciones y objetivos, por lo que se deberá tener en cuenta diversas determinaciones del malestar del sujeto.

Uno de los puntos importantes para destacar es la identificación por parte de los profesionales de la respuesta que pueda tener en la familia y en el sujeto el modo en el que se transmite información respecto del diagnóstico. Para esto se debe tener presente que es importante poder generar una transmisión adecuada respecto de lo que es un diagnóstico, porque este diagnóstico es establecido, que el mismo tiene vencimiento, poder explicar además que nos encontramos frente a un sujeto que se encuentra en desarrollo y que se debe trabajar en relación a su malestar para poder beneficiarlo tanto a él como a su entorno, por lo que debe considerarse que los diagnósticos no son definitivos en la infancia.

En varias oportunidades, los entrevistados han expresado que el diagnóstico en la familia pone una palabra, lo cual permite en general poder bajar la angustia que genera la incertidumbre de lo que está sucediendo, por qué sucede y qué se puede hacer con ello, para que también su entorno comprenda la importancia de que se genere una dinámica familiar que acompañe al sujeto.

Es por ello que también, es una posibilidad tomar a las familias como herramienta en la planificación de los futuros abordajes ya que es necesario poder indagarlos a ellos para poder entender que es lo que ocurre en este sujeto, con lo que se generara una posibilidad de introducción en las diversas causas de su malestar. Este proceso lleva tiempo, no es simple y resolutivo en una sola instancia, como mencionan la mayoría de los entrevistados, es necesario poder generar un espacio de encuentro con las familias para poder continuar asumiendo el compromiso de construir un camino nuevo sin necesidad de que este camino tenga como finalidad el transformar al niño en aquello que los demás sugieren, sino más bien atravesar juntos en el encuentro con lo que permitirá que aparezca el sujeto de quien tanto hablamos.

Otras de las herramientas importantes con las que cuenta la institución para poder abordar esta temática con las familias son los talleres dedicados a los padres que se realizan en simultáneo con los talleres de habilidades sociales a los que concurren los niños. Este taller a padres se encuentra coordinado por un profesional de psicología de la institución donde se plantean diferentes puntos y se trabaja en una dinámica grupal.

Entonces en esos talleres de orientación a padres eh...es muy lindo lo que pasa porque los padres se encuentran con otros padres que tienen las mismas dificultades con sus hijos entonces no se sienten tan solos, baja un poco la angustia, están dirigidos por una terapeuta, que en general son psicólogas emmm y es como una terapia grupal, ¡está buenísimo! (Entrevista A - Anexo, 2019, pág. 2)

A pesar del certificado de discapacidad con el que el sujeto tiene que convivir y en el cual se establece un diagnóstico, debemos tener presente que el mismo es determinado a través de una escala de medición de la funcionalidad del mismo, lo que implica para

nosotros poder posicionarnos frente al mismo desde un lugar en el que podamos interrogarlo.

Esta interrogación nos permitirá conocer al sujeto para poder acompañarlo en las diferentes formas en las que él nos establezca poder avanzar para intervenir en aquellas situaciones en las que él mismo determine como demandas y poder proveerlo de herramientas para favorecer su bienestar.

Entonces si podemos tomar al diagnóstico como una herramienta y utilizarlo como tal, nos llevará a poder ir cambiando las perspectivas e ir modificando las perspectivas de trabajo de acuerdo a las condiciones en las que se encuentre el sujeto.

II.

El trabajo en el ámbito de la discapacidad tomado desde una perspectiva psicoanalítica.

*“...la clave ignorada para la interpretación
no debe ser buscada en la geografía de
la cara sino en la red de la lengua”
(Alfredo Jerusalinsky, 2017)*

Prosiguiendo nuestro análisis tomaremos la perspectiva psicoanalítica para pensar el trabajo dentro del ámbito de discapacidad ya que por un lado es lo que nos interesa y por otro, es beneficioso poder tomar los aportes realizados por varios de los profesionales que tienen formación en dicha perspectiva.

Como ya hemos visto las teorizaciones que nos brinda Norma Bruner (2017), retomaremos aquellas en relación al aporte del psicoanálisis para estudiar la discapacidad intelectual, el cual apunta a poder realizar una identificación de aquellas cuestiones relacionadas al orden del obstáculo, de las dificultades que puede presentar un sujeto, para conocer sus límites, lo cual nos remarca que no pueden estar determinados de forma previa.

Por su parte Alicia Fainblum (2008) cuestiona el posicionamiento que toma el profesional de salud en la clínica de la discapacidad, como aborda las diversas

situaciones y como se pone en juego con ellas. Para esto es que vamos a tener en cuenta el rol que ocupan y llevan adelante los profesionales dentro de la institución Moebius.

La autora nos trae a colación un aspecto relevante para la figura del profesional de salud, la cual cuestiona y tiene relación con la forma en que uno tiene de posicionarse frente a la consecuencia del límite orgánico que pueda presentarse, frente a lo cual se pone en juego los aspectos de su subjetividad.

Podemos mencionar que los profesionales que pertenecen al equipo interdisciplinario de Moebius tienen dos aspectos bien claros y diferenciados a la hora de dar sus posicionamientos, el primero de ellos son aquellos profesionales que demuestran tener una mirada de tinte psicoanalítica a pesar de quizá no estar formados en la temática junto con aquellos que si lo están y segundo, encontramos un grupo de profesionales que quizá por estar más relacionados con los aspectos que refieren a la rehabilitación motriz de los sujetos, tienen un posicionamiento más arraigado a lo que conocemos como el pensamiento científico o médico hegemónico.

Este posicionamiento más vinculado al pensamiento científico demuestra que se encuentran más aferrados al mismo a la hora de llevar adelante los tratamientos, porque toman como punto de partida para planificar sus estrategias de abordaje adecuadas a la rehabilitación motora, pero de esta forma atraviesan un proceso de diagnóstico que puede ser otorgado por quien realiza una derivación previa que además, implica una descripción sintomatológica dando con ella un pronóstico y un tratamiento establecido.

En este punto podemos pensar que el sujeto es dejado al margen de la situación donde el profesional apunta como dice la autora a "...reparar, enmendar la función del cuerpo o de la cabeza con técnicas a las que adhiere con una fe incuestionable y con reeducaciones que apuntan a la adquisición de determinados y precisos patrones de conducta" (Fainblum, 2008, pág. 48).

Como se afirmó anteriormente, se encuentran profesionales con un posicionamiento más psicoanalítico, donde consideran como un punto relevante al diagnóstico médico pero ubican al sujeto en un lugar diferente. En los casos en donde se puedan enfrentar con una afección orgánica, no la aíslan, pero intentan identificar marcas significantes que tienen relación con la estructuración del aparato psíquico.

Yo creo que desde el psicoanálisis, el psicoanálisis tenía esta cosa, esta pregunta, primero que tiene que ver, te lo planteo así, la relación de la discapacidad con la constitución subjetiva, siempre me pareció que no estaba bueno que venga un paciente con determinado diagnóstico, que sé yo, retraso mental y lo dejemos ahí, más allá de que ese paciente esté funcionando con un entre comillas retraso. Yo creo que hay un montón de cosas que tienen que ver digámoslo así, con lo vincular o con los primeros tiempos donde se constituye el psiquismo y que hay consecuencias que después se llevan toda la vida, entonces me parece que escuchando ese sujeto o trabajando con ese sujeto y no dejándolo como ahí pegado a un diagnóstico se pueden lograr un montón de cosas sin desconocer que por ahí está funcionando mal en un determinado área y hay que rehabilitar digámoslo así, esa área, pero no significa digamos... de colocarlo, no hay que colocarlo en ese lugar y dejarlo ahí bueno, es un retraso mental o bueno, un tonto. (Entrevista B - Anexo, 2019, págs. 1 - 2)

Desde esta forma de intervenir de los profesionales se busca trabajar con las herramientas que el sujeto presenta, para de esta forma potenciarlas y encontrar otras nuevas, evitando así dejarlo en un lugar que no permita más de que el sujeto sea tomado como objeto.

Hay que mencionar además que los profesionales, varios de ellos coinciden en este punto, se cuestionan acerca del sujeto, demuestran la importancia sobre lo que sucede con los niños, se ocupan de conocer sobre aquello que les sucede en términos de malestar, en el sufrimiento que para ellos están atravesando. Con esto, refieren a la necesidad de establecer un vínculo con ellos en primera medida y conocer acerca de sus intereses, gustos, deseos para poder generar un espacio en el cual se sientan cómodos y que de esta manera se pueda desplegar algo en relación a él.

Ahora, veamos la relación que se pone en juego en la clínica de la discapacidad con la temática del cuerpo, en aquellos casos en los que irrumpe algo del punto de vista orgánico en un cuerpo en el que pueden determinar ciertas alteraciones funcionales, nos vemos expuestos a tomar desarrollos que competen por un lado a la anatomía misma del cuerpo y por otro al cuerpo del psicoanálisis.

Desde el punto de vista de la anatomía, tenemos aquellas descripciones y agrupaciones que tienen que ver con el conjunto de observables en un cuerpo donde se remite al saber y la mirada de la medicina sobre la imagen de un cuerpo que es tomado de objeto para el estudio de aquellas caracterizaciones y sintomatologías que aparecen en él.

Por el lado del psicoanálisis, podemos decir que se ponen en juego en el cuerpo aquellas significaciones simbólicas del mismo, ya Freud con sus pacientes histéricas abre esta dimensión dando lugar al planteo de que se pueden tener las mismas características, en el caso de la clínica de la discapacidad podemos decir que se pueden encontrar los mismos diagnósticos pero que esto no implica que en todos los sujetos encontremos las mismas manifestaciones. Esto nos lleva a preguntarnos por la singularidad del caso por caso, la cual se hace presente porque habla de un sujeto, tratándose entonces de un cuerpo subjetivado.

...subversión del orden puramente biológico, instauración de un proceso a partir de “las marcas en el cuerpo” que efectivizan la caída del puro soma; marcas significantes que harán a la estructuración del aparato psíquico a la par que a la construcción de un cuerpo. (Fainblum, 2008, pág. 58)

Estas marcas en el cuerpo de las que habla Fainblum (2008) remiten a las huellas que desde el deseo del Otro, el cual es atravesado por el lenguaje, permitirá que advenga un cuerpo, cuerpo subjetivado, porque es el cuerpo de un sujeto. Esto permite a que circule un deseo. Al marcar el cuerpo de esta forma, signifiante, se irá conformando el aparato psíquico, permitiendo la relación del sistema de huellas mnémicas que en términos de Freud son aquellas que dan constitución al inconsciente.

A medida que se van surgiendo inscripciones, se irá conformando la estructuración del sujeto, a su dimensión inconsciente y al armado de este cuerpo que será representado consiguiendo así el estatuto subjetivo. Es en esta medida en la que va a ser posible identificar por ejemplo un niño, Matías, que tiene un cuerpo y no un puro organismo.

De modo que, entendemos que desde esta perspectiva se ponen en juego diversos factores con los que vamos a trabajar, siendo que el sujeto es quien nos irá direccionando el tratamiento que vayamos a establecer con él, porque tendremos presente los diversos factores que se presenten como: el contexto, su comportamiento,

sus vínculos, las situaciones por las cuales este sujeto atraviesa y el modo en que las lleva adelante, con qué herramientas cuenta y como son sus formas de posicionarse en las diferentes situaciones, ya sea para acompañarlo en esto o para brindarle otras posibilidades.

Discapacidad intelectual y debilidad mental, dos conceptos que se relacionan.

*“Freud era un débil mental – como todo el mundo,
y como yo mismo en particular...”*

(Lacan, J., Seminario del 19 de abril de 1977)

Preferimos hablar del uso del término de debilidad mental en Lacan, ya que podemos localizar algunas diversas conceptualizaciones del mismo. Para él, la debilidad mental no corresponde con una categoría clínica, ni a una estructura clínica, pero intenta articularla con la noción de sujeto que ha sido desarrollada a lo largo de su enseñanza.

En la práctica del psicoanálisis en la discapacidad, podemos decir que lo que la conduce son aquellas interrogaciones que nos hacemos respecto del sujeto, lo que permite que se abra camino a la intervención ¿de qué manera? Convocando al sujeto para que surja en escena.

En la clínica de la discapacidad pudimos ver que hay una cantidad enorme de enunciados acerca de los diagnósticos, enunciados que son destinos de diferentes significantes. Destinos que implican también posiciones, las cuales en algunos casos son posiciones brindadas de forma anticipada.

Pero ¿por qué no recorrer estas posibilidades acompañando al sujeto en lugar de destinarlo a alguna de ellas? Estas posiciones suelen ser brindadas desde un lugar de saber absoluto y verdadero sobre aquello que se encuentra atravesando el sujeto, con lo que permite la confusión en generalidades, pronósticos, sintomatologías, a priori.

Ahora bien, en la clínica de la discapacidad nos podemos encontrar con frecuencia actitudes repetitivas, reiterativas, de repetición, con limitación en la palabra, etc.

...lo que hacemos es aquietar los estímulos, hacer una presencia discreta y permitirle eh... ofrecer un elemento, no muchos y esperar que el niño rompa

su caparazón, en algún momento si vos acompañas sosteniendo, en algún momento se va a contactar y ahí vos... bueno nos va a mostrar cómo vamos a seguir trabajando [...] me acuerdo por ejemplo con D que era un niño que estaba de espaldas, mirando a la pared y yo le tiraba pelotitas y un día se dio vuelta y la ruedita que le había tirado de rasti, me la devolvió ¿viste? Y bueno, ahí empezamos, así es el tratamiento... después lo que voy haciendo para romper eso, porque él va haciendo el juego repetitivo. (Entrevista C - Anexo, 2019, págs. 1 - 2)

La propuesta entonces estará focalizada en poder brindarle a este niño a medida que él lo vaya permitiendo, la posibilidad de que pueda reconocerse con deseos que no se encuentren alienados en otro.

Fainblum (2014) nos muestra también que aquel que pueda presentar además un déficit orgánico no queda por fuera de toda estructuración subjetiva, entonces, los profesionales que se ubiquen en esta posición de interrogación del sujeto no implica que realicen una negación o una negación de los componentes orgánicos. Se trata entonces de dar una mirada diferente permitiendo y dando lugar a la dimensión subjetiva que entra en escena.

Por parte de Lacan encontramos la intención de situar al débil mental en la estructura del lenguaje en relación la teoría de los discursos. Quien se encuentre en esta posición es un sujeto hablante, por más que se encuentre flotando entre los discursos sin poder sostenerse en uno.

La lógica del significante instituye una partición desde la perspectiva del sujeto hablante, que tiene que ver con la división del sujeto conocida con la formula lacaniana que en el discurso significante, un significante es lo que representa a un sujeto para otro significante. Con esto el sujeto se encuentra escindido, dividido, entre significantes. Salvo que se constituya en la posición de debilidad mental, donde se presenta una pregnancia que conduce al mismo sentido, a la repetición.

Teniendo en cuenta también que si hablamos acerca de la posición de debilidad mental, la cual se instala entre discursos y que este es el lazo social, estaríamos suponiendo

que la debilidad mental implica un distanciamiento con el mismo. Como refiere Lacan, es una relación particular a la cadena significativa y al Otro.

...el débil es descarriado porque se sale de los carriles de los discursos, no se instala allí con firmeza. Esto implica como consecuencia que clínicamente no cabe con él la dialéctica significativa, si flota entre dos discursos no hay posibilidad de una lectura entrelíneas en lo que diga más allá de su literalidad, pues no hay posibilidad de preguntarse por el sentido de sus dichos. (Bruner, 2017, pág. 209)

Entonces la debilidad mental queda relacionada con aquella posibilidad de operación en la que se tiende a eliminar la enunciación, porque si se preguntase acerca de ella se daría ingreso a que se genere un malestar y se llegaría a enlazar con aquello que tiene que ver con el deseo, con la manifestación del deseo del Otro, de esta manera no se enfrenta con el saber.

En definitiva, desde el psicoanálisis en el área de la discapacidad lo que nos conducirá son aquellos interrogantes acerca del sujeto; en este ámbito al encontrarnos con frecuencia con una actitud repetitiva en cuanto a las acciones y enunciados que toma el sujeto es posible que generando interrogantes podamos avanzar.

Estos avances a los que nos referimos tienen que ver con brindar al sujeto diferentes posibilidades que hagan a su reconocimiento propio, a su deseo, a sus gustos, a sus emociones, a que puedan identificar tal vez aquello que les sucede y poder hacer algo con ello.

La importancia del entorno en el cual se encuentra inmerso el sujeto.

Para poder introducirnos en lo que respecta al trabajo que realizan los profesionales de la institución tomada para esta investigación, sabemos a partir de los datos obtenidos que la mayoría realiza su trabajo con niños. Esto nos permite referirnos a la clínica con niños, fundamentalmente porque el lugar que se les asigna a estos niños es el lugar que constituye el sujeto en la clínica lacaniana.

Al hablar de clínica con niños, también nos habilita dar lugar a los padres o parientes, los cuales tienen participación y esta debe ser asignada a los mismos en el tratamiento

¿por qué? sin muchos rodeos, porque son aquellos que pueden aportar sobre lo que tiene que ver con la lógica familiar, cómo se encuentra constituida, cuál es su lógica de funcionamiento, pero de eso se trata, de dar lugar para conocerla.

No sólo por esto, sino también porque como sabemos el niño se embarca con el Otro en una relación significativa, relación que además tiene al comienzo una dependencia real con el Otro, porque existe una dependencia biológica cuando este niño nace, porque no tiene nada, le falta todo. Como vimos, el sujeto “representado por un significante para otro significante” lo que nos demuestra que su existencia se encuentra enlazada al campo del Otro.

Es por esto que la presencia de los padres o parientes de un niño, adolescente, adulto en la clínica es un dispositivo más, como lo son la asociación libre, la atención flotante, la asociación libre, la transferencia y la interpretación.

En este punto los profesionales coinciden en trabajar con el sufrimiento de los niños y no con el sufrimiento de los padres, porque no siempre lo que le pase al niño se encuentra en relación con lo que le sucede a sus padres o a causa de la relación con sus padres.

Lo más importante para poder llegar a esto tiene que ver con el encuadre que van dando los profesionales al respecto de los tratamientos, porque se deben cumplir un conjunto de reglamentaciones que tienen que ver con la temporalidad, con el respeto por los espacios que son del niño y los que se dan lugar para los padres.

Como por ejemplo, tener en cuenta que la población que concurre a la institución generalmente viven lejos del lugar o quizá en algunos lugares donde puede verse afectada su concurrencia a la misma por ejemplo a causa de factores climáticos que no permitan que se den las condiciones necesarias para asistir, las cuales deben ser aclaradas y expuestas como también el aviso previo por parte de los parientes en el caso de que no se concurra al horario establecido; para que el encuadre se encuentre establecido de forma a priori.

Ahora bien, teniendo en cuenta que hay un gran abanico de patologías en la infancia y sobre todo en la discapacidad, nos encontramos con el trabajo de una gran cantidad de

disciplinas que tienen inclinación en este ámbito. Lo que podemos ver es que en el trabajo clínico con niños es importante que se mencionen una serie de conceptos que tienen su raíz en el psicoanálisis y que son tenidos en cuenta por otras disciplinas.

El primer concepto y creemos el más importante a tener presente es el de constitución subjetiva, como venimos mencionando, la constitución del sujeto desde el psicoanálisis nos remite al sujeto de deseo, sujeto del inconsciente. Respecto de él, de este sujeto, sabemos cuáles son aquellas condiciones que pueden llegar a impedir que este mismo surja, aparezca ¿cuáles serían? Podemos estar seguros que una de estas condiciones sea aquella que tiene que ver con la forma de operar de los Otros, como por ejemplo la vía de la reeducación, porque este no se comporta de forma adecuada para establecerse en la sociedad, la domesticación, que a lo único que se llega es a someter al niño a un tratamiento que implique la formación de un niño robot.

Llegados a este punto podemos relacionarlo con las concepciones desarrolladas por Foucault sobre la biopolítica donde alude a una dimensión en donde se toma al cuerpo como máquina, cuerpo como especie, donde debe ser “normal”, puntualmente la anatomopolítica caracterizada por controlar, vigilar el comportamiento en este caso de un niño para direccionarlo de acuerdo a sus capacidades y rendimiento a una domesticación, bajo la cual toma la posición de la que el autor hablaba que es aquella de individuo máquina. En este caso el niño al ser reeducado bajo aquellos lineamientos en los que se encontraría mejor para convivir en sociedad.

Con niños lo que hago es ehh... en general toooooo lo contrario a lo que me formé hace tantos años, antes era estimular, estimular, estimular, estimular y ahora lo que hacemos es aquietar los estímulos, hacer una presencia discreta y permitirle eh... ofrecer un elemento, no muchos y esperar que el niño rompa su caparazón, en algún momento si vos acompañas sosteniendo, en algún momento se va a contactar y ahí vos... bueno nos va a mostrar cómo vamos a seguir trabajando. (Entrevista C - Anexo, 2019, págs. 1 - 2)

Aquí podemos ver cómo era el trabajo anterior de alguno de los profesionales y así mismo considerar una nueva postura que nada tiene que ver con la que veníamos describiendo. Lo que nos muestra que uno puede saber muchas cosas sobre un tema

por haberlo consultado o informado sobre sus desarrollos, pero en la clínica lo que uno no sabe es acerca de la singularidad de cada uno, entonces a lo que se debe dar lugar es a que este niño nos muestre la forma en la que él desea trabajar.

En general y lo más común es encontrarnos con desarrollos acerca de la transferencia que implican un enlace directo con el juego, pero el juego si bien es otro de los ejes centrales y es una herramienta central en el psicoanálisis para la clínica con niños, a veces no aparece. Con lo que, debemos tener presente que el juego debe ser descubierto por cada niño, no debe ser impuesto sobre él, porque de esta forma no sería un juego.

Sí, sí, sí, pero el juego como que en algunos casos es a lo que apuntas, ¿no?... que el niño juegue, en estos casos a los que yo llamo severos, que el niño juegue es como un gran objetivo, no es que el niño ingresa...por eso te decía lo anterior...lo de salud mental, el niño llega y...con estas dificultades leves llega y abre la caja de juego y descubre, juega, te convoca... (Entrevista A - Anexo, 2019, pág. 6)

Por consiguiente, creemos que es importante tomar el aporte del discurso familiar del sujeto como un dispositivo más en la clínica, ya que dentro de su debido encuadre podremos lograr un aporte significativo para las hipótesis que se irán generando en el transcurso del tratamiento.

Esto implica que como profesionales de la salud mental no estemos en una posición que implique emitir un mensaje que sea instalado como directiva, donde el sujeto deba tomar un posicionamiento obediente frente a él y seguir a las mismas para poder adaptarse a un ideal establecido.

Creemos que es un punto importante establecer un diálogo con el entorno del sujeto para poder trabajar en conjunto y brindar las posibilidades que sean necesarias de acuerdo a lo que el sujeto nos muestre.

III.

El equipo interdisciplinario y su funcionamiento dentro de la institución.

*“Las disciplinas no existen
sino por los sujetos que las portan,
las reproducen, las transforman
y son atravesados por ellas”
(Alicia Stolkiner, 1999)*

De acuerdo al tema que nos interesa indagar, el equipo interdisciplinario, pudimos observar que si bien nos encontramos con un grupo de trabajo determinado, en el cual cada uno ocupa un rol particular dentro de la institución, podemos considerar como una carencia de los mismos el que no se encuentre establecido un horario y días determinados para que el mismo pueda acceder a tener la oportunidad de reunirse y que en estas reuniones se encuentren todos los profesionales.

Es de entender, que al ser tantos y según los relatos obtenidos, la mayoría además de trabajar en Moebius, pertenecen a otros espacios laborales por fuera de la institución lo que explica el porqué de esta situación. A pesar de esto, varios de los profesionales refieren en las diferentes entrevistas que tienen una comunicación fluida entre los mismos y que gracias a esto pueden generar un buen dialogo laboral.

La mayoría de los profesionales coinciden con el hecho de que el trabajo en equipo tiene muchos beneficios para todos en general, porque por un lado tienen un espacio en el que cada disciplina traza sus objetivos de manera individual y acorde al lineamiento que presenta la institución en relación a la rehabilitación del paciente en las diferentes áreas en las cuales se lo aborda.

Por otro lado, expresan la oportunidad que este modo de trabajo les permite a cada uno de ellos en relación al pensar diferentes estrategias para poder intervenir con cada uno de los niños con los que deben abordar un tratamiento.

También el hecho de conocer diferentes temas que quizá surgen en un área de abordaje diferente a la que cada uno de los profesionales tiene, porque quizá en el área de psicología surge alguna temática para abordar que es más específica de otra área, como

por ejemplo de la terapia ocupacional, entonces el estar en contacto y tener un equipo de referencia permite que se den comunicaciones internas entre los mismos que incluso facilitan las diferentes posibilidades de abordaje en un tratamiento.

Me encanta en equipo, porque mi cabeza sola es una sola pensando y en cambio en un equipo siempre la formación del otro enriquece que es distinta, aunque sea la misma profesión, pero sos otra persona, que estudiaste en otro momento y si... no, me gusta mucho armar mis objetivos y después reverlos con otros, me encanta que me supervisen porque te equivocas, mas con estas patologías, es complicado. (Entrevista C - Anexo, 2019, pág. 3)

Para mí es súper necesario, yo creo que uno no puede trabajar solo ni aislado y... primero porque somos seres humanos sociables y a mí me costaría mucho si no tuviera colegas con quien comunicarme o con quien expresar dudas o poder decir...che me re cuesta con este paciente, ¿vos que haces? Y fijate tal cosa... a mí, para mí es súper rico y tiene que estar el espacio interdisciplinario... (Entrevista F - Anexo, 2019, pág. 5)

Esto tiene relación con que cada profesional se permita formar un diálogo con otro sin generar una fragmentación en el propio conocimiento pudiendo compartir el que se posee como también pudiendo recibir el de los otros.

Tal como plantea Najmanovich (Interdisciplina. Artes y riesgos del arte dialógico, S/F) en el desarrollo antes visto se debe poder aprender a conocer y reconocer las diferencias para beneficiar el saber que cada uno posee; de esta manera también se da lugar al reconocimiento de la necesidad que tiene el conocimiento de ser favorecido como de ser transmitido, sin dejarlo en un lugar estático para el cual no nos serviría de nada.

Esto que permite la interdisciplina ayuda a la integración de nuevos conocimientos, como también a la posibilidad de contribuir en diferentes ámbitos en los que se presentan las problemáticas a abordar.

Acorde con lo que elabora Elichiry (1987) acerca de las condiciones que deben darse para que se genere el trabajo en un equipo interdisciplinario podemos ver que en esta

institución determinada para el análisis de esta investigación, nos encontramos con una actitud cooperativa por parte los profesionales que componen el equipo; la comunicaciones que surgen entre los profesionales se dan de manera intencional, es decir, se comunican entre ellos por un motivo puntual de consulta por ejemplo; se encuentra flexibilidad en estos a la hora de abordar diferentes situaciones, de escuchar a los demás y de compartir ideas lo que permite que se genere la reciprocidad entre las disciplinas que cada uno representa.

Por todo esto, consideramos que el trabajo interdisciplinario es beneficioso para los profesionales que conformen un equipo de trabajo con estas características como para el sujeto a quien se le pueda otorgar un tratamiento direccionado en esta perspectiva.

Consideramos que la interdisciplina nos brinda las herramientas para poder trabajar en conjunto, donde todas las miradas aportan su perspectiva y donde también la voz de cada uno enriquece el trabajo de los otros, de esta manera permitimos que es saber circule entre todos en igualdad de condiciones, estableciendo un diálogo y dando lugar al aporte de todas las disciplinas.

Encuentros y desencuentros del equipo interdisciplinario con las propuestas establecidas por la Ley de Salud Mental N°26.657.

Es oportuno citar el artículo n°6 presente en el capítulo III del cuerpo de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 donde se expresa lo siguiente: “Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley”.

Como parte del estudio de la presente investigación, se presentarán algunos de los resultados arrojados a partir de las entrevistas realizadas a profesionales que desempeñan su labor en un dispositivo de salud privado, haciéndose foco en el espíritu de la ley y su incidencia en la práctica de estos, con el objetivo de sistematizar algunas situaciones que fueron surgiendo que creemos tienen relación con la ética profesional en relación a la normativa.

Esta disposición supone la introducción de varias nociones que son novedosas en relación a la salud mental como una concepción integral de la salud mental; la no

discriminación por la existencia de un diagnóstico en el campo de la salud mental; el abordaje integral interdisciplinario; las adiciones tomadas como competencia en el campo salud mental; la incorporación del consentimiento informado para todas las intervenciones relacionadas en el ámbito de la salud mental para resguardo del paciente por sobre todas las cosas; derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ámbito donde resguarde su intimidad; derecho al que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; entre otras.

El objetivo principal de la ley plantea “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental” (Art. 1). Dejando expuesto que su espíritu es realizar una introducción de la concepción integral de la salud mental, la cual no es reducida solamente al campo de la medicina, sino que también se toman en la misma dimensión los aspectos psicológicos, sociales y culturales dando lugar a los derechos.

Desde la normativa se dirigen a lo general, es decir, a “todas las personas” para dar efecto a un establecimiento de la misma. Es así que consideramos al mismo tiempo, que desde una mirada psicoanalítica nos vamos a dedicar a ubicar el aspecto de la singularidad que implica cada caso.

Respecto de esta cuestión del caso por caso, de la singularidad, una de las características que podemos tomar para analizar esta cuestión planteada por la normativa desde la generalidad, la misma ley da lugar al criterio de cada profesional y a la singularidad de los casos; dando responsabilidad al profesional de realizar una lectura singular, teniendo en cuenta las características de cada uno.

Cabe expresar que dentro de los datos que nos vuelcan las entrevistas para nuestro análisis, gran parte de los profesionales de la institución tienen conocimiento respecto de la Ley de Salud Mental por comentarla en grupo o por anoticiarse de sus planteos de manera informal, otros tienen conocimiento de la misma a raíz de un estudio exhaustivo de ella por haberla visto en su formación académica por ello creemos que podría tener una gran impronta en aquellos profesionales que tienen una formación universitaria más reciente de acuerdo al contexto en el cual realizaron sus estudios.

En relación al primer grupo de profesionales podríamos decir que tienen ciertas ideas formadas sobre el cuerpo de la Ley que podrían resultar escasas para considerar a la misma en sus proyectos de intervención, como por ejemplo: “está buena”, “es lindo lo que plantea la ley pero acá en Argentina no se puede implementar”, “es lindo lo que plantean de la salud mental en el adulto psiquiátrico”, también hacen relacionan a la Ley con todo aquello que tenga que ver con cuestiones legales.

Por otro lado, el segundo grupo tiene mayor información al respecto y sus comentarios se dirigen a las cuestiones de interdisciplina, intersectorialidad, consentimiento informado e internación.

Haciendo referencia a la interdisciplina, la cual es planteada en la normativa como aquella modalidad de trabajo óptima para poder realizar un abordaje integral de la salud mental, podemos pesquisar que dentro de la institución se conforma un equipo de trabajo con estas características donde se encuentran profesionales de diversas áreas como lo son la psicología, terapia ocupacional, medicina familiar, fonoaudiología, psicopedagogía, musicoterapia, kinesiología, trabajo social y psiquiatría.

Teniendo en cuenta que el trabajo de la institución parte de la interdisciplina, encontramos que surge una imposibilidad por parte del médico psiquiatra para ubicarse como perteneciente al equipo interdisciplinario, porque si bien, realiza interconsultas e intercambios de información con los demás profesionales, aparece como un interlocutor externo al equipo. Por lo que su discurso lleva a pensar que podría tomarse a su disciplina, la medicina psiquiátrica por fuera de un equipo interdisciplinario y en este sentido el dialogar para arribar diferentes criterios de abordaje acerca del padecimiento subjetivo queda a un lado para tomar desde su criterio una decisión profesional unilateral al respecto, cuando lo óptimo entendemos que sería abordarlo desde el equipo para poder avanzar.

Por otro lado, en relación a la temática del consentimiento informado, en el Art. 7º, inciso J se establece - “Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención,

que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán con los familiares, tutores o representantes legales”

Además en el Art. 10° - “Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión”.

Respecto de esto desde la institución se lleva a cabo la transmisión de información a las familias o tutores de quienes reciben tratamiento en la misma, se realiza una explicación de los tratamientos a seguir adelante y se firma un consentimiento informado.

De acuerdo con los relatos obtenidos, creemos que este accionar de llevar adelante la firma de un consentimiento informado en la institución al comienzo de los tratamientos tiene mayor relación con una temática más bien legal y de resguardo de la misma como también de los profesionales que conforman parte del equipo.

Entendemos entonces que el reconocimiento del otro como sujeto si bien se tiene presente porque se brinda información del accionar a seguir y las diferentes posibilidades que puedan surgir a raíz de esto, se pone énfasis en el resguardo del profesional interviniente en el tratamiento: “Las instituciones lo hacen porque se resguardan legalmente etc. ¿no? Uno en consultorio privado peca de alguna de estas cosas.” (Entrevista A - Anexo, 2019, pág. 12)

En cuanto a la historia clínica de los pacientes, la norma obliga a que se lleve adelante por escrito la actuación de los profesionales y esto se realiza de forma rigurosa en cada uno de los encuentros que se tienen dentro de la institución, las cuales se encuentran a disposición en cualquier caso en que sean debidamente solicitadas.

Uno de los puntos más importantes de la normativa es la temática de las internaciones, en las cuales se introducen ciertas modificaciones y pautas de regulación. En la institución en la cual realizamos la presente investigación no se encuentran situaciones en las que se requiera llevar adelante una internación, pero obtenemos comentarios respecto de las mismas en la mayoría de los profesionales donde dan cuenta de que

comprenden que es una herramienta a tener en cuenta en última instancia, es decir, cuando se agotan otras posibilidades para mejorar la situación de una persona y se requiera de la misma porque se acuerda como criterio terapéutico.

Queda plasmado aquí el cambio y el avance al que se pudo llegar ya que antiguamente la internación era considerada una práctica sin ningún fin terapéutico, teniendo como propósito aislar y separar de la sociedad aquellos que debían ser corregidos.

Se debe agregar que en lo que respecta al contenido plasmado dentro del Art. 9° - “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”; desde la institución Moebius se hace un esfuerzo por realizar un proceso de atención al paciente que implique el aporte y el compromiso de varios sectores, referentes a distintos ámbitos en el cual se encuentre inmerso el sujeto.

Por un lado, se tienen presentes las diferentes formas de accionar en los casos que sea necesario responder frente a una crisis o situación de emergencia y por otro, desde la institución se intenta establecer comunicación tanto con las familias, con las demás instituciones a las que concurre el sujeto, como por ejemplo la escuela, el club y en aquellos casos en los que se encuentren dificultades o falencias en su atención, se realiza un seguimiento a cargo de la figura del profesional de Trabajo Social que llevará adelante el accionar correspondiente en aquel caso que el sujeto no reciba una atención correspondiente por los motivos que fueran.

En definitiva, como toda norma, la ley nos lleva a realizar un acto de lectura que permite y da lugar a la interpretación, donde a través de la misma nos permitió llevar a cabo la identificación de algunos puntos que nos permite dar lugar a la lectura del caso por caso. Ofrece entre otras cosas que el profesional tome sus propias decisiones clínicas al respecto de las intervenciones que realizará en un marco de interdisciplina, lo que pudimos ubicar en la institución tomada para el análisis de esta investigación.

Con frecuencia, algunos de los entrevistados nos demostraron un desconocimiento frente a la lectura de la normativa y esto nos impide conocer su postura debidamente

fundamentada frente a la misma. Pero sin embargo, de aquellos que tenían conocimiento, se pudieron apreciar cuestiones que tienen mayor relación con la responsabilidad individual de cada uno y la postura que se asume.

Sería óptimo que, siendo una normativa vigente, en nuestra práctica, se lleve adelante una lectura de esta en las instituciones destinadas al trabajo en el ámbito de la salud mental, para que se pueda llevar adelante las diferentes propuestas que la misma plantea y también para un mejor abordaje en este ámbito.

Si bien, varios puntos de los planteados se pueden articular con el trabajo dentro de la institución, encontramos ciertas falencias y desconocimientos debido quizá a que la normativa fue estudiada por aquellos profesionales que hace poco tiempo fueron formados en su disciplina, lo que tiene que ver con una cuestión generacional de la formación de cada uno.

8. Conclusión

Considerando que, en primer lugar el objetivo de esta investigación radicaba en conocer la adecuación de las estrategias de intervención de los profesionales del equipo interdisciplinario del Centro de Rehabilitación y Atención Interdisciplinaria “Moebius” en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657; resulta necesario para nosotros poder situar ciertos puntos que fueron encontrados en este recorrido, a partir de los cuales quizá podemos aproximarnos a dar respuestas a nuestra pregunta de investigación.

Uno de los puntos importantes a destacar es que se pudo pesquisar aquellas ideas que los profesionales tienen de la discapacidad, donde parten principalmente de trabajar con un sujeto, el cual no es determinado a priori, ni del cual se realizan suposiciones por sus características que representen su modo de ser; sino porque todos somos sujetos diferentes, tenemos inconsciente. Tomado entonces desde el psicoanálisis, el sujeto es construido en la alteridad, es decir a partir de un Otro.

Esto remite al proceso de constitución subjetiva, a través del cual, cada uno va a portar una estructura psíquica, la cual se encuentre en proceso o esté determinada, los profesionales apuestan a ella, posibilitando la emergencia del sujeto, sujeto del inconsciente y es por ello que somos sujetos plenos de derecho de análisis.

De esta manera, se intentará dialogar con este sujeto para poder llevar adelante un recorrido en conjunto, teniendo en cuenta además su contexto, quienes lo rodean, con quienes se vincula y los lugares que frecuenta, para poder establecer hipótesis de trabajo y brindar herramientas en el caso que las necesite, además de trabajar con sus potencialidades.

Consideramos oportuno poder tomar como herramientas de trabajo aquello que tenga relación con las nominaciones diagnósticas y a la familia del sujeto como un dispositivo más que pueda embarcarse en el curso del tratamiento si es que el profesional considera necesario que la misma se involucre en este punto dentro de un encuadre pertinente al tratamiento.

Desde la mirada analítica, entendemos que es posible tomar una perspectiva donde el sujeto sea quien nos guíe en el direccionamiento de los objetivos y las hipótesis de trabajo que debemos formular, para poder brindar así un espacio que sea propio y en el cual él mismo pueda encontrar un lugar para desplegarse.

Por esto mismo, es que al ver que el trabajo en la clínica de la discapacidad tiene relación con los matices de la repetición en las conductas de los sujetos y en los enunciados de los mismos, es que nos abrirá otros espacios si nos interrogamos sobre él y no sobre sus acciones.

En cuanto al trabajo interdisciplinario, pudimos ver que tanto el equipo como las formas en las cuales se llevan adelante los debates sobre las posibles intervenciones a realizar se adecuan a lo planteado por la Ley de Salud Mental, ampliando el conocimiento entre ellos, exponiendo diferentes miradas sobre una misma situación o problema que genera un beneficio para todos los profesionales que conforman el equipo de trabajo.

Sin embargo, se pudo reconocer cierta falencia en relación a lo que establece la normativa en cuanto al consentimiento informado, que por no estar todos informados de la misma, se entiende al mismo como un resguardo legal para los agentes de salud, siendo que la normativa lo que nos expresa es que el sujeto con padecimiento mental sea reconocido como sujeto de derecho e informado acerca del tratamiento que recibirá.

Por consiguiente, proponemos desde nuestra perspectiva entender que el sujeto con discapacidad es un sujeto diferente a nosotros, como lo somos todos, que debe recibir información acerca de los derechos que lo asisten, como también aquello que este en relación a su salud y tratamiento.

Razón por la cual, brindamos como sugerencia fundamental en nuestro ámbito de trabajo, que sabemos es la salud mental, que en todas aquellas instituciones destinadas a trabajar en él se realice un estudio, lectura e interpretación de la normativa, para conocer con todas las herramientas que contamos para llevar adelante nuestra labor, pero también dando lugar a un análisis que permita articular a cada profesional

acontecimientos y emergencias propias, singulares de cada uno, que permitan desde su ética profesional asumir una posición al respecto.

9. Bibliografía

Bibliografía de Antecedentes:

Almará, M. M del L., (2013). *Representaciones de padres de adolescentes respecto de la discapacidad intelectual de sus hijos*". Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Aristazabal Lopez, M., (2013). *Cualidades del terapeuta y del encuadre que potencian el desarrollo mental y el funcionamiento psíquico en pacientes con discapacidad intelectual y motriz. Desde una mirada psicoanalítica*. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia. Recuperada de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16606/AristazabalLopezMariaAngelica2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bagnarello Arguello, M. (2014). *Clínica psicoanalítica infantil: efecto de la escucha y la palabra*. Universidad complutense de Madrid. Facultad de Filosofía, Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/24629/1/T35133.pdf>

Heck, L. (2013). *Intervenciones institucionales en violencia domestica hacia la mujer*. Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Hernandez Ríos, M. *El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos*. Revista CES Derecho, Vol. 6 N°2, Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v6n2/v6n2a04.pdf>

Tunik, P. y Fortuna, R., (2012). *Patologización de la infancia*. Universidad de Mar del Plata, Buenos Aires. Recuperado de: <file:///F:/MI%20TESIS/Antecedentes/Patologizacion%20de%20la%20Infancia.pdf>

Bibliografía Teórico – Conceptual:

Asociación Americana de Psiquiatría . (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Estados Unidos.

Bruner, N. (2017). *El juego en los límites. El psicoanálisis en la clinica de problemas en el desarrollo infantil*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba.

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Argentina Editores S.A.

Contino, A. M. (Junio de 2013). Discapacidad mental y debilidad mental. Aportes desde el psicoanálisis. *Revista iberoamericana de psicologia: ciencia y tecnología*, 33-40.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2006). Obtenido de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Echavarría, J. D. (2017). Psicoterapia Psicoanalítica. *CES Psicología*, 83-98.

- Elichiry, N. (1987). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En N. Elichiry, *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (págs. 333-340). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Evans, D. (2007). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Fainblum, A. (2008). *Discapacidad. Una perspectiva clínica desde el psicoanálisis*. Buenos Aires: La nave de los locos.
- Fainblum, A. (2014). *Discapacidad intelectual y adultez. Clínica y escenas en tránsito*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: La nave de los locos.
- Fernandez Ríos, M. I. (24 de Noviembre de 2015). El Concepto de Discapacidad: De la enfermedad al enfoque de derechos. *CES Derecho*, 6(2), 46-59.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica. Tomo I*. Colombia: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (15 de Noviembre de 1961). *Seminario 9: La identificación (Versión crítica)*. Obtenido de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar>
- Lacan, J. (2007). *Seminario: Libro 7 : La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008). *Seminario 16: De un otro al otro*. Buenos Aires : Paidós.
- Lacan, J. (2008). *Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires : Paidós.
- Lacan, J. (2012). *Seminario 19: ...o peor*. Buenos Aires : Paidós.
- Lacan, J. (2014). *Seminario: Libro 6: El deseo y su interpretación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2017). *Seminario: Libro 8: La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Le Gaufey, G. (2010). *El Sujeto según Lacan*. Buenos Aires: El cuento de plata.
- Morin, E. (2001). *La cabeza bien puesta*. Buenos Aires: Paidós.
- Muñoz, A. P. (enero - junio de 2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*(16), 381-414. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041012>
- Muñoz, A. P. (2010). Discapacidad: contexto, conceptos y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional* , 381-414.

- Najmanovich, D. (S/F). Interdisciplina. Artes y riesgos del arte dialógico. *Tramas*, 1-8. Obtenido de <http://pensamientocomplejo.org/docs/files/Interdisciplina%20-%20Najmanovich.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión Abreviada*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de.
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. (2011). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Peusner, P. (2010). *Reinventar la debilidad mental. Reflexiones psicoanalíticas en torno a un concepto maldito*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Programa estatal de investigación, p. e. (02 de Junio de 2015). *Estudiar Lib*. Obtenido de <https://studylib.es/doc/6941248/definiciones---maltrato-infantil-y-discapacidad>
- Real Academia Española . (2001). *Disquisición. En Diccionario de la lengua española 22º edición*. Obtenido de http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=disquisici%F3n
- Ríos, M. I. (24 de Noviembre de 2015). El Concepto de Discapacidad: De La Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Revista CES Derecho Vol.6 No.2*, 46-59.
- Rosato, M. A. (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.
- Stolkiner, A. (Septiembre de 2003). *14º CONGRESO LATINOAMERICANO DE ARQUITECTURA E*. Obtenido de Nuevos enfoques en salud mental: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_enfoques.pdf
- Stolkiner, A. (2005). *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy*. .
- Taylor, S. J. (1992). La entrevista en profundidad. En S. J. Taylor, *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. (págs. 100-132). España: Paidós.

Bibliografía Metodológica:

- Glaser, B. y. (1967). *Universidad de Buenos Aires*. (M. J. Pozzi, Editor) Obtenido de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/biblio/1.10.%20Glaser%20y%20Strauss.%20El%20metodo....pdf>
- Marradi Alberto, A. N. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé Editores.

Maxwell, J. A. (1996). *QUALITATIVE RESEARCH DESIGN. An Interactive Approach. Thousand Oaks*, 1 - 13.

Samaja, J. (2004). *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires : Universitaria de Buenos Aires.

Bibliografía – Anexos:

- A. (21 de Junio de 2019). Entrevista A - Anexo. (R. Melina, Entrevistador)
- B. (22 de Junio de 2019). Entrevista B - Anexo. (R. Melina, Entrevistador)
- C. (24 de Junio de 2019). Entrevista C - Anexo. (R. Melina, Entrevistador)
- D. (25 de Junio de 2019). Entrevista D - Anexo. (R. Melina, Entrevistador)
- E. (26 de Junio de 2019). Entrevista E - Anexo. (R. Melina, Entrevistador)
- F. (27 de Junio de 2019). Entrevista F - Anexo. (R. Melina, Entrevistador)
- G. (28 de Junio de 2019). Entrevista G - Anexo. (R. Melina, Entrevistador)
- H. (5 de Julio de 2019). Entrevista H - Anexo. (R. Melina, Entrevistador)
- I. (19 de Julio de 2019). Entrevista I - Anexo. (R. Melina, Entrevistador)
- J. (23 de Julio de 2019). Entrevista J - Anexo. (R. Melina, Entrevistador)

10. Anexos – Entrevistas

Entrevista A.

¿Qué profesión tenes? ¿Dónde te formaste?

Soy Psicóloga. Estudie en la Universidad del Salvador en la sede de Pilar mi segunda carrera antes hice la carrera de Recursos Humanos, trabajé un año en el departamento de Recursos Humanos en una empresa mientras terminaba mi carrera y cuando me recibí ingrese en Moebius, mi primer trabajo, ingrese para el área de Salud Mental y después de a poco fui entrando a Discapacidad.

¿Había dos áreas diferentes en ese momento?

Si, había dos áreas diferentes que en realidad no sé si estaba tan limitado me parece que con el tiempo fue justo con mi transición, con el tiempo se fue como dividiendo más lo que era salud mental de discapacidad...ehhh... yo cuando entre no era lo que es ahora, un centro de rehabilitación, estaba todo medio mezclado.

De a poquito me fueron pidiendo que atienda pacientes con discapacidad, y recién el año pasado me definí del todo en el área de discapacidad y deje los pacientes que tenía en salud mental que fueron derivados a otros profesionales.

¿Tenés idea que era lo que definía que se trabaje en salud mental o en discapacidad?

Bueno discapacidad era porque los pacientes de hecho los pacientes tenían certificado de discapacidad, digamos, eso es lo que los definía. A veces había algunos pacientes que yo atendía en el área de salud mental y que uno estimaba de que en algún momento el certificado de discapacidad iba a ocurrir pero a veces tenía que acompañar a las familias, digamos explicarles de que se trata porque es un trámite que deben hacer ellos y que no es fácil, digamos a nivel anímico para las familias darse cuenta o aceptar o duelar la idea de hijo que tenían para pensar que ahora el hijo va a tener un certificado de discapacidad, es una palabra muy difícil hay muchos papas que ni siquiera pueden nombrarla. No es fácil

Había algunos pacientes que pertenecían a salud mental y que con el tiempo ibas viendo que tenían ciertos rasgos como de retraso mental, ciertas dificultades y a veces terminaban después haciendo el certificado y perteneciendo al área de discapacidad.

Después otros eran puramente del área de salud mental que es trastornos de ansiedad, duelo, separaciones, sin certificado de discapacidad donde no había un retraso mental en el paciente por ejemplo.

¿Cómo deciden como profesionales o como institución que se tramite un certificado de discapacidad?

No, en realidad muchos pacientes, cuando yo empecé a involucrarme más en el área de discapacidad los pacientes ya habían hecho una admisión y tenían un certificado de discapacidad, lo que yo digo que en algunos casos eran de salud mental y vos veías que iban a ser o pertenecer al área de discapacidad. Entonces, no sé si es una sugerencia pero se iba hablando de a poco con la familia, pensá que también el paciente niño no solo pertenece a Moebius, a una institución de estas características sino también a una institución escolar, a un jardín o a un espacio de...entonces los papás van viendo rasgos, dificultades o factores que también ellos los notan y los traen a la consulta; entonces ahí de alguna manera no es uno el que de pronto dice: “ah, necesita un certificado de discapacidad”, no funciona tan directo.

Si por ahí lo que se asesora una vez que sabes que la familia esta como siendo consciente de estas dificultades es que se acerque por ejemplo de acuerdo a las edades a CEDIT que es donde se los evalúa, ahí se tramita el certificado de discapacidad y bueno, les hacen distintas sugerencias, incluso de los tratamientos porque un paciente con discapacidad mental raras veces solo necesita del área de psicología, muchas veces necesita terapia ocupacional, psicopedagogía, ehh...y eso también a partir del certificado de discapacidad los papas son conscientes de que las necesidades son múltiples.

Claro, se abre un abanico en el que van a hacer diferentes tratamientos dentro de la misma institución...

Y también para ellos porque eh... hay...bueno...en su momento había, ahora le están dando otra forma pero talleres de orientación a padres a la vez que talleres de habilidades sociales para los chicos. Entonces en esos talleres de orientación a padres eh...es muy lindo lo que pasa porque los padres se encuentran con otros padres que tienen las mismas dificultades con sus hijos entonces no se sienten tan solos, baja un

poco la angustia, están dirigidos por una terapeuta, que en general son psicólogas emmm y es como una terapia grupal, ¡está buenísimo!

¿Acceden enseguida los padres a la propuesta de los talleres?

Mira por la experiencia que yo tuve en general ehh... les encanta a los padres, les cuesta un poquito al principio porque obviamente se sienten expuestos pero una vez que inician digamos me parece que es un espacio que aprovechan un montón y después por ahí si es la mamá la que siempre acompañaba al hijo o a la hija a la terapia trata después de que el padre venga, en el taller se habla de que la implicancia tiene que ser de la mamá y el papá o de quien cumpla esa función, pero a veces son las mamás las que tratan de ver si en algún horario el papá puede venir para que también el escuche...o esa idea de que bueno...yo le digo a mi esposo lo que hablamos en el taller, entonces le da mucho valor, está buenísimo!

Va generando también una pertenencia a la institución, porque no es el lugar donde solo llevo a mi hijo sino como también me dan algo, simbólicamente de ese lugar a mi como mamá o a mi como papá también me dan algo; entonces eso me parece que los sostiene más, a la familia.

*Respecto de las admisiones que nombrabas recién ¿estuviste en alguna de ellas?
¿Hiciste alguna o te derivan los pacientes directamente?*

Ehhh... del área de discapacidad yo nunca hice una admisión porque hay una admisión terapéutica que según la Licenciada, que puede ser psicóloga o psicopedagoga y una admisión administrativa que hace la directora de la institución, eso en discapacidad.

En el área de Salud Mental a veces (tuve de todo) había pacientes que venían con una admisión previa. Cuando empecé había una persona que hacía admisiones de salud mental, al poco tiempo esta figura desapareció y lo que me ocurría es que de pronto me aparecía un paciente en agenda y yo tenía que hacer la admisión, digamos lo único que tenía era el nombre, el apellido y la edad y a veces ni la edad. Que yo era algo que consultaba porque medianamente como que uno, tenes que prepararte de algún modo y entonces a veces me tocaba hacer las admisiones de salud mental a mí, de discapacidad no.

Lo que pasa es que también vos lo que haces en el área de discapacidad es hacer una entrevista profunda a padres, cuando inician, por más de que vengan con una admisión vos lees las primeras hojas de la historia clínica y no es una entrevista en profundidad, hay como datos viste...los datos formales y después no sé por ejemplo...cuando empezaron a ver viste cierta involución o que cosas les llama la atención, que es lo que les preocupa y datos formales pero no es una admisión en profundidad porque lleva bastante tiempo, incluso yo misma la voy haciendo como en varias sesiones. Igual siempre hay algo que te queda como por fuera, algo que no preguntaste, algo que es un error, pero que yo lo hablo mucho a veces con otras psicólogas y otras especialidades, pero siempre hay algo que uno daaaaa por entendido o da por hecho.

Me pasó hace poco tiempo con un paciente que tiene 14 años, que yo di por sentado que él dormía en su habitación sabía que tenía una habitación, esas cosas como que las pregunto mucho porque también depende de la población, a veces con la población que uno trabaja son familias muy humildes que tienen, viven en un mono ambiente y todos comparten ahí digamos, entonces vos tenes que preguntar bueno... ¿hay una habitación?...tiene...

Bueno yo había preguntado, ósea el paciente tiene su habitación pero...duerme con la mamá y esto es algo que la mamá me lo trae en una sesión porque dice que lo había comentado con otro familiar y le dijo:

- ¿Pero vos le dijiste a la psicóloga?
- No, no se lo dije

¡Y claro! Yo dije, bueno, que está mal, no me salió a mi preguntarle si él dormía con la mamá, dije bueno, él tiene su cuarto tiene su habitación, ¡sí! Tiene sus cosas juega ahí comparte...si si si...pero no dormía ahí. Entonces por eso te digo, vos haces una admisión, una entrevista pero es inacabable eso...siempre hay algo que te queda por fuera, uno pregunta como duerme, como se alimenta, como se relaciona con los pares, con los papas, si hay una figura presente, ausente, etc. pero... siempre hay algo...o que el papá, mamá no traen por vergüenza, porque no se animan o porque no lo registran.

Pero me parece que la palabra admisión es como más institucional y administrativo que otra cosa.

Y vos siempre este tipo de entrevistas por lo que me estás diciendo, que era una de las preguntas digamos... ¿Qué tipo de personas se acercan a la institución? ¿Qué edades tienen? Ehh... ¿cómo es que llegan? ¿Cuál es su primer acercamiento?

La mayoría de la población hoy son niños, lo que pasa es que en el área de salud mental si tenes más una población heterogénea, porque podes tener adultos, adolescentes, niños, personas de la tercera edad, es muy variado. Pero en el área de discapacidad si, son todos niños, en el último tiempo entraron pacientes muy chiquitos de 2...3...4 años y después hasta adolescentes.

No tengo información para darte de cómo llegan, pero si por lo que escucho y por lo que veo, como cuando yo le pregunto al paciente como llego a la institución y demás, a veces los derivan de CEDIT si son pacientes de discapacidad, siempre hablando de ellos, los derivan de ahí mismo...Emmm a veces porque hay un compañerito de la escuela que también viene a esta institución viste como de boca en boca.

A veces formalmente siempre hay un neurólogo, que eso no estoy diciendo que sea importante, siempre hay un neurólogo que evalúa al paciente emmm y que determina qué tipo de sesiones, que tipo de tratamiento, que tipo de especialidades necesita, entonces el neurólogo dice por ejemplo el diagnóstico y después dice bueno, así tal cual: terapia ocupacional 2 sesiones a la semana, psicología una, a veces hacen como la especificación de que tiene que ser TCC no, terapia cognitiva conductual.

Pero también ahí me ha pasado de ver como ordenes médicas donde vos decís bueno, este neurólogo no tiene idea mucho de nuestro área, porque por ahí te dicen psicología y...terapia cognitiva conductual, como si fuesen dos especialidades distintas, dos cosas distintas, como bueno... eh y eso se tiene que respetar mucho administrativamente, digamos, cual es la orden médica. Ósea, vos no podes determinar que el lugar de una terapia, que en lugar de musicoterapia le vas a dar terapia ocupacional, uno no decide eso. Yo si he visto muchos casos donde me parece que la orden no se ajusta mucho a las necesidades del niño.

¿Y en esos casos como hacen?

Mira... si hay una coordinadora del área terapéutica yo lo que he hecho en esas situaciones que no han sido muchas, pero si han sido algunas particulares lo he hablado con la coordinadora terapéutica y después ya internamente, que yo ya en ese proceso no me meto, internamente de modo administrativo se ve si eso puede hacerse o no. Yo veo solamente el área terapéutica pero después hay un mundo administrativo que me es ajeno, que tiene otras reglas, entonces no es que porque yo considero que este chico...a veces me pasa que con pacientes muy severos que antes de iniciar psicología para mi necesitarían por ejemplo musicoterapia, pero es como un principio de conexión con el otro y no es tan si se quiere invasivo como una sesión terapéutica, donde hay que tener...vos en la sesión terapéutica apuntas a que el niño pueda jugar no!! En cambio en músico, me parece que no hay palabra, hay música, entonces me parece que para dar un primer inicio está bueno, pero pensar que un neurólogo en su orden médica va a poner musicoterapia... no suele suceder.

El neurólogo... ¿pertenece a la institución?

En esta institución no hay neurólogos, no, no, no...de hecho hay dos psiquiatras pero han sido figuras bastantes desdibujadas el último tiempo.

También hay todo un tema para los papás es...eh...fuerte llevar al niño a un neurólogo, mucho más fuerte es llevarlo a un psiquiatra infantil por ejemplo, eso también es como que se va trabajando en los casos en que necesite la medicación ¿no?

Ehh... te quería decir otra cosa pero se me fue...que me habías preguntado

Estábamos hablando...

Ah, de si había un neurólogo en la institución, lo que hay ahora en el último tiempo es una médica de familia, que me parece que es una figura súper necesaria y súper importante porque si bien algunos papás a veces te dicen doctora, como...

¿A vos te dicen doctora?

Si, a otros terapeutas, ehh... el hecho de que... no porque yo sea presentada por otros o por mí misma como doctora. Pero si la doctora que hay ahora en la institución se

presenta obviamente a sí misma como doctora, medica en familia, entonces es algo medio... mmm... clásico pero al mismo tiempo ehh... es como este prejuicio, no, no, no es un prejuicio, pero es como una idea muy clásica de que lo que el doctor o la doctora dice se debe hacer.

Entonces a mí me pasaba de tener pacientes en los cuales durante meses o un niño de terapia, de alguna manera sugería a la familia hacer una interconsulta con un psiquiatra infantil y no era escuchada. Entonces que de pronto una persona diga, yo soy medica de familia y lo que hay que hacer...también es porque el medico comunica de alguna manera a veces distinta a la que lo hace por ahí un psicólogo, es más directivo ehh...y yo ahora me siento re contenta, pero al mismo tiempo digo, bueno que suerte que finalmente la familia hace la interconsulta pero bueno, yo dije eso todo el año pasado y nadie me escucho ... no es que no fui escuchada pero tiene que ver con la resistencia de que mi nene no necesita medicación psiquiátrica, no! Es como esto de que bueno, si la médica o medico lo dicen hay que hacerlo, no digo que en el 100% de los casos lo vayan a hacer ¡no!

Pero es el peso de la figura...

¿Vos notas esa diferencia?

Sí, re, re y vos decís...pero bueno, hoy ya estamos como por fuera de eso. No, no pudimos, todavía....

Sigue estando de alguna manera instalado ese discurso...

Re, sí, yo ahora lo festejo en algunos casos porque bueno, no importa, el escuchar, van y lo hacen, uno hace todo para beneficiar al paciente, bueno... no importa de qué voz haya venido eso...pero yo pienso que hay tiempos como...bueno, uno no puede patear ciertas cosas en el desarrollo de un niño.

¿Entendés?... como bueno, después, después hacemos la interconsulta, son muy valiosos los tiempos en estos primeros desarrollos entonces cuanto antes se hagan las cosas es mejor... ¿no?

Esto habla también de la conformación de un trabajo en equipo, dentro de un equipo...en los distintos roles...

Ajá si, por ejemplo esta figura de medica ingreso hace poco y entonces claro, nosotros, la mayoría de nosotros conocemos mucho más a los pacientes pero se valen también de nuestras evaluaciones, de las evoluciones en las historias clínicas, de los informes, de los objetivos que vamos a abarcar, se vale la médica como para poder hacer una lectura y decir bueno, este nene necesita de esto o lo otro. O en las reuniones de equipo, como uno ya sabe eso que pasa, uno va a decirle a la médica mira, yo hace una año que vengo diciéndole a esta familia que haga una interconsulta que... o que haga tal estudio...entonces, no es que la médica hace lo que yo le digo o lo que nosotros como equipo le decimos, pero si se vale de como...de esas observaciones porque justamente somos un equipo.

A veces pasa, que los papás comentan cosas a la terapeuta ocupacional que en verdad no tienen nada que ver con esa área si no más con mi área, pero como somos un equipo por ahí la terapeuta me lo comenta, porque el papá no tiene por qué saber a quién le tiene que contar que el nene se hace caca a la noche, que el nene hace dos meses se hace caca y que...bueno si, por ahí se lo comenta a la terapeuta ocupacional, bueno ...no tienen por qué saber “tengo que ir acá”, no pueden saberlo y está bien. Por eso el trabajo en equipo me parece que es muuuy importante, después te vales de estrategias, que se yo...

¿Y cómo se reúnen? ¿Con que frecuencia? ¿Quiénes están?

Una vez a la semana emmm... y están todos los que pueden estar, porque puede ser que justo de con tu horario de atención y que justo en ese horario no estés en esa institución y estés en otra, o que ese horario lo tengas desocupado y entonces podes sumarte en la institución a la reunión de equipo... ¿entendes?

Claro.

Emmm en el último tiempo hubo mucho movimiento en el staff entonces eso hizo que ehh...las reuniones por un tiempo estuviesen interrumpidas y que después ahora que comenzaron es un poco un tetris poder combinar el horario de todos los profesionales... hay una figura de coordinación pero...emmm... no está bien definido si es una coordinación terapéutica no ... no ...no está bien definido en este último

tiempo pero ya te digo, antes si, porque hubieron cambios entonces está un poco en reconstrucción esa área.

Pero si en las reuniones de equipo debe haber una figura de coordinadora terapéutica y después los profesionales, se abordan determinada cantidad de pacientes, se planifica antes que pacientes se van a trabajar

Eso te iba a preguntar...

Que tiene que ver con la urgencia, la dificultad, la severidad, o que uno diga bueno la verdad es que con tal paciente me cuesta un montón entonces lo propongo para trabajar en la reunión de equipo porque te vales de las estrategias que usa otro o a veces todos, no se... si tiene tres terapeutas a veces los tres están conflictuados de que no saben cómo abordar... como entrar, o cómo hacerlo salir, o lo que fuese entonces a veces sirve para tomar estrategias de otros profesionales o para bajar la angustia que uno mismo tiene como profesional.

Claro se van acompañando...

Claro, a veces es como una terapia de grupo, porque...ay ¿a vos también te pasa que te cuesta esto, lo otro? ¡Si a mí también! ... bueno... para mí son importantes las reuniones de equipo ehh... y también por las características de los pacientes de un centro de rehabilitación ¿no? Son la mayoría pacientes severos... entonces... eh... no es lo más sencillo.

¿A qué te referís cuando decís severos?

Emmm... severos me refiero a que el paciente tiene dificultades en múltiples áreas...viste, motriz, mental, hay muchas cuestiones de vinculo que se tienen que...mmm... no sé a veces a mí me ha pasado porque como tuve solamente a la discapacidad... en salud mental quizás llega un pacientito si es niño, que la mama lo trae porque es inquieto o porque en el cole le dijeron que se porta mal y que por que no hace una consulta... ¿entendes? Entonces quizá vos sabes... bueno es un nene que esta caprichoso y es un niño (risas)... entonces por ahí tenes que hablar con esa familia y ver como que ideal de niño tienen, como eran ellos cuando eran niños como para que

digán, es normal que pase esto, tenemos que tener un poco más de paciencia, es la etapa hay que esperar, bueno... eso no es un paciente severo.

Un paciente severo es el nene que por ahí hoy tiene 7 años y que se sigue haciendo pis y caca, que no habla, hay mucho mucho mucho trastorno del lenguaje, mucho paciente con trastorno del lenguaje, eh... que viene de la mano de un retraso mental.

Claro.

En la institución ahora hay retraso mental leve y severo, eh perdón, leve y moderado y mucho trastorno del lenguaje y eso hace que el paciente ponga mucho el cuerpo, cuando no hay lenguaje...

¿Cómo lo trabajas a eso?

Con paciencia, buscando distintas estrategias...

Hoy mencionabas el juego, ¿siempre te referís al juego para poder vincularte con ellos?

Sí, sí, sí, pero el juego como que en algunos casos es a lo que apuntas, ¿no?... que el niño juegue, en estos casos a los que yo llamo severos, que el niño juegue es como un gran objetivo, no es que el niño ingresa ...por eso te decía lo anterior ...lo de salud mental, el niño llega y ...con estas dificultades leves llega y abre la caja de juego y descubre, juega, te convoca y...a lo sumo se queda muy pegado a la figura de la mamá y por ahí quiere ir y mostrarle un juguete y vuelve a entrar... cuando hablo de pacientes severos, hablo de pacientes que por ahí ingresan y no te miran, como no sé ...espectro autista, donde el nene tiene muy poco registro de lo que pasa a su alrededor, o casos donde hay más compromiso a nivel...eh, no digo agresivo pero si hay un gran componente medio tanático como de morder y empujar, pegar, patear, entonces es como que tenes que contener un poco al paciente, no es fácil, esos son pacientes donde vos tenes que poner mucho el cuerpo.

Yo lo noto ahora conmigo, que desde que decidí tomar solo los pacientes de discapacidad, me siento cansada a nivel físico, porque (risas) primero que como la frustración es un montón, no es lo mismo tener un niño que te mira, que te habla y que te da un juego y que ... y un paciente que no te está mirando, no te está viendo, no

estás, no estás ahí, entonces ...son cosas que uno como profesional, pero como humano tenes que trabajar y que también te cansa en un sentido.

¿Qué te llevó a decidir abocarte al área de discapacidad y dejar de lado el área de salud mental?

Bueno, eso lo determino un poco la institución ehh...no porque me haya dicho “tenés que dejar esta área” y volcarte a esta otra, sino porque la institución este último tiempo se volcó al área de la discapacidad desde que se transformó en centro de rehabilitación digamos que está conformado para el paciente con discapacidad, antes esto no estaba tan determinado.

Entonces como yo quiero continuar perteneciendo a la institución y a mí me gusta también ese enfoque, el trabajo en discapacidad también como decíamos recién es súper en equipo y a mí eso me gusta, aprendes, que se yo emmm... eso me determinó un poco. Yo en otros espacios trabajo con salud mental entonces no es que me quede sin eso porque lo re disfruto.

Dentro de esta institución tu elección fue esta entonces...

Exactamente.

Y... ¿cómo llevas la convivencia con los demás profesionales dentro de la institución? ¿Cómo se comunican? Sus encuentros, vos decías lo del trabajo en equipo, pero ¿se van de alguna manera guiando entre ustedes para poder hacer distintas estrategias de intervención? O ¿Cómo las van pensando?

Si, si...eso en las reuniones de equipo se charla mucho ¿no? Es como bueno...a mí me funciona esto, ¿a vos que te funciona? A veces incluso hasta los materiales, nos prestamos cosas, a mí me ha pasado de pedirle a la músico algún material porque veo un nene muy apegado estemmm... no sé...a una maraca, por ejemplo me ha pasado y entonces si yo no lograba que entrara a sesión o que permanezca bueno le pedía permiso a la músico si podía tomar ese elemento y lo traía a la sesión, ¿entendes?

Me parece que tiene que ver con la solidaridad también que necesitas para trabajar en un equipo, no todos los profesionales son así pero uno prioriza al paciente ¿no? Yo creo que quien no lo prioriza y te dice, no, no te presto esto porque esto es mío, sigo

está en una posición infantil y no puede dar nada como profesional porque está pensando en sí mismo, entonces las estrategias van un poco así, es como muy artesanal porque vos podés leer todos los libros pero el paciente que está adelante tuyo es único, entonces ni siquiera la etiqueta de autismo, la etiqueta de retraso mental te va a salvar de que vos no tengas que hacer algo artesanal único y singular para ese paciente.

Esto que decís de la etiqueta que va con algunos pacientes o no... ¿lo traen? ¿Los profesionales...?

No, eso viene....el niño o adolescente que pertenece al área de discapacidad ya viene con su certificado de discapacidad y en el certificado hay diagnóstico. Entonces emm puede ser que haya...emmm... Que también el neurólogo, a veces los neurólogos son los primeros que imprimen la palabra diagnóstico en la familia.

Respecto de eso ¿cómo lo manejan ustedes? ¿Cómo te posicionas vos como profesional frente a un diagnóstico?

Sí, yo creo que es importante porque en la familia pone una palabra el diagnóstico y a veces eh... aunque parezca que no, eso baja un poco la angustia, porque genera más angustia la incertidumbre que el hecho de la certeza de saber, bueno tiene esto... yo eso lo hablo mucho con las mamás cuando están en esa transición porque después hay muchos que no, que han estado en otras instituciones por ejemplo, o han estado con otros terapeutas y ya tienen el certificado de discapacidad y este tiene vencimiento ¿no?

Quizás hay algunos que tienen el certificado hace mucho o lo están renovando y ya no es un tema a abordar el certificado o el diagnóstico, ya está entre comillas. Pero cuando los tenes en esa transición o recientemente lo acaban de hacer emm... yo abordo un poco esto con los papás o las mamás de decir, bueno a ver, generaba mucha angustia esto de ver todo el síntoma, las dificultades que tenía la nena o el nene pero ahora tenemos una certeza, ahora sabemos esto y que quizá para los papás el autismo sí, porque es una palabra que en el último tiempo ha tenido como mucho...viste... en la boca popular, pero después, trastorno del lenguaje, un retraso mental si tiene como un poco más impacto, eh... pero... los papás no terminan de saber de qué se trata muchas veces. Entonces de acuerdo a la angustia o como los ves a los papás decís bueno...

necesitan un poco de lo psico educativo porque eso los puede ayudar, puede rebajar la ansiedad o la angustia.

En otros casos cuando ves padres como muy... eh... “mi hijo tiene esto” como hambrientos de saber de qué se trata el cuadro, son padres que vos sabes que van a llegar a la casa y van a googlear y van a leer y viste... en esos casos yo soy como un poco más cuidadosa porque los papás son papás, no son terapeutas, entonces pasa que por ahí los papás se ponen a hacer en casa cosas que leyeron que “para el niño autista son buenas” etc. etc. y los papás no tienen que perder su rol de padres.

Entonces necesitan darle a los chicos cosas que les da un papá y una mamá, los mejores que puedan ser... por eso hay que ser cuidadosos, depende el caso, donde vos podes apoyarte en el diagnóstico y a veces no, pasa a un segundo plano. De todas maneras...es un niño...

(Silencio)

¿Viste? ... es un niño, yo siempre hablo mucho del certificado de discapacidad respecto del vencimiento a mí me parece que eso es re importante hablarlo con los papás, porque no es algo que tiene que llevar de por vida, con lo que tiene que cargar, hay toda una cuestión social, ¿mi hijo es discapacitado?... entonces bueno tiene una fecha de vencimiento y muchas veces eso se renueva, eso también hay que decirlo pero tiene una fecha de vencimiento, es un niño, es un sujeto en desarrollo, entonces no es que esto terminó acá y es lo que va a ser para siempre, por eso hay que trabajar para poder ayudarlo. Ni diabolizarlo, ni decir, esto es una pavada no pasa nada...no, verlo en su justa medida pero pensar que el niño se está desarrollando.

Vos hablas de un sujeto en desarrollo, ¿cómo te posicionas frente a él?

Uno siempre apunta a acompañarlo, a darle la mano a ese niño en ese desarrollo, por eso trabajas como desde lo esperable, bueno desde las etapas de crecimiento y que sería lo esperable para esta edad para el niño y bueno, que está ocurriendo o como puede ser que eso ocurra.

¿Tiene relación con el tratamiento que se le va dando?

Sí, claro... son los objetivos que se van trazando en el tratamiento, totalmente. Lo que pasa es que...tenes que poner objetivos reales, yo por lo menos trabajo así, a veces los objetivos pueden ser muy a simple vista llanos, muy simples, muy con sabor a poco...

¿Cómo por ejemplo?

Y...por ejemplo...motivar el contacto visual, algo tan simple como eso, entonces vos con un niño trabajas, podes valerte con distintos materiales, eso también es lo que tiene la discapacidad que vos siempre necesitás como un objeto auxiliar que no siempre es el juguete, que por ahí en salud mental sí.

No se...vos trabajas tapándote la cara, con el ¿Dónde está? ¡Acá está! esa pavada, para que el niño en algún momento ver si lo logra...y si lo logra ese día vos te vas como si hubieras no sé tocado el cielo.

(Risas)

Eso también tiene que a mí me gusta, que me emociona a veces, son las dos caras porque a veces te sentís re frustrada porque no te registro en ningún momento, no te registro como el “me tenes que registrar a mí” sino como Otro, un sujeto, Otro.

Pero cuando se logran esas pequeñas cosas como yo te digo, son objetivos por ahí mínimos pero que el niño realmente no está pudiendo lograr, o sea, no vino con eso logrado y trabajas para esas cosas mínimas.

Otra de las preguntas que tenía pensadas hacerte era en relación a esto, más allá de cumplir o no con el objetivo... ¿cumplís alguna satisfacción personal con el trabajo que llevas adelante?

Si en realidad es como que en otros diagnósticos o en otras dificultades que no son la discapacidad... ves si se quiere, no sé si la palabra es avance, pero a veces los ves más rápido. Me parece que en discapacidad si bien cuando se logra algo yo como terapeuta me siento muy feliz, también es cierto que las más de las veces son las cosas que no se logran. Tenes que trabajar mucho, trabajar mucho significa que muchas veces no salió eso, hasta que una vez sale.

Si, la gratificación es un montón, pero también esa gratificación llega cuando vos ya te frustraste un montón de veces. Cuando te fuiste un montón de sesiones diciendo ¡Uy! ¿Qué voy a hacer?... (Risas) y uno un poco eso es lo que dice en las reuniones de equipo ¿Qué hago? ¿Cómo?

Las decisiones sobre el tratamiento... ¿las van trabajando en equipo?

Cada profesional tiene una mirada de acuerdo a su especialidad, entonces también traza objetivos y ve una parte del sujeto, digamos, no es que decimos...bueno, a ver qué objetivo nos planteamos.

Cada especialidad y cada terapeuta tiene sus objetivos específicos que digamos los hace desde su mirada pero que siempre un poco se tocan los objetivos del otro. Pero si, es muy gratificante, a mí me hace muy feliz mi trabajo, me encanta.

También nombraste cuestiones que tienen que ver con la urgencia... ¿a qué te referís vos cuando decís urgencia en cada paciente?

Para mí es como la severidad del paciente, digamos, cuanta dificultad tiene, eso es lo que a mí...porque seguramente a mí a nivel personal es lo que más me interpela, lo que más me... el paciente que más me hace cuestionar es el paciente que más dificultad tiene, donde yo digo bueno... ¿cómo? ¿Desde dónde? ¿Desde dónde lo traigo? ¿Desde dónde lo convoco? ¿Desde dónde lo hago aparecer?

En general por lo que he visto, la pregunta es un poco eso...proponemos tal paciente para trabajar porque no entra a la sesión, porque todo el tiempo está queriendo salir, porque no tiene registro del peligro, porque eso también te pasa, del paciente que se sube a la silla y se quiere tirar y que revolea todo, que te pateo, que te muerde, que se lleva todo lo que tiene alrededor a la boca, eso es para trabajar en las reuniones de equipo. Pero pasa que después vos en las sesiones estas solito y... tu alma... ¡Que venga el equipo! (gestos insinuando que llama al equipo con las manos a que se acerque)

(Risas)

Son tiempos, por eso te digo que te frustras un montón de veces, más las que te frustras que las que logras algo. Pero... hay un paciente que yo tengo como muy marcado, que

el año pasado, lo único que hacía... bueno, más allá de que al principio revoleaba todo, tiraba todo, se golpeaba, se tiraba al piso, se golpeaba la cabeza contra el piso, no tenía ningún tipo de registro del peligro, me pateaba, me mordía, etc. etc. así fueron los primeros meses, el primer semestre, el segundo semestre se metía debajo de la mesa, yo ponía música, bajaba las luces, este... ponía música, me acuerdo que le había gustado la música del agua entonces ponía esa y yo me tiraba al piso con él y hacía como que nadaba... entonces el no despegaba su cuerpo del piso, él hacía lo que él quería que era estar en el piso, nadaba también que eso para mí ya fue un montón porque había imitación y se involucraba y tenía registro de la música por eso hacíamos ese movimiento y hoy es un nene que entra a sesión y que puede armar un juego, todavía no me convoca para el juego, ósea, si yo entro al juego está todo bien, lo acepta, pero todavía no me convoca. Ya no es aquel nene que revoleaba todo, que se metía debajo de la mesa, pero eso lleva un montonnn de tiempo y un montón de frustración y de angustia. Pero vos también estás viendo que él está sufriendo cuando revolea todo y se tira al piso, entonces te motiva para seguir.

¿Vos ves ahí en esos casos el sufrimiento a flor de piel?

Sí, yo le pongo esa palabra, que no sé si es la palabra, pero... yo creo que un niño que no puede...ehhh... ver a otro, se debe sentir muy solo, como el nene que no puede mirarte a los ojos, que no puede ser convocado por un juego que le estas mostrando, es un nene solo en definitiva, no importa que yo esté ahí, él está solo...entonces es, emmm... pensando en la persona como un sujeto social vos decís...bueno este nene está solo y está sufriendo, está padeciendo.

Eso es lo más suave y después cuando ves un nene que evidentemente se está golpeando contra la pared, que está tirando todo, que por supuesto que ves que no se si sufre pero que hay un malestar marcado ¿me entendés? Y eso... te motiva al trabajo.

Esto que vos me decís... hablas de un sujeto, ¿hay signos de una incipiente subjetividad? Ya que son la mayoría niños.

Yo creo que... (Silencio) si, hay sujeto, quizá no el sujeto que uno espera y por supuesto que está en formación, desde ya, pero que no es el sujeto que se adapta, que no es el sujeto que esos papás quieren, ¿no? Por eso hay sufrimiento en la familia.

Puede ser una subjetividad patológica, pero hay una subjetividad ahí, ese nene que me está mordiendo es un sujeto que me está mordiendo. Quizá el no ve en mí un sujeto, no ve un otro al cual eso le está doliendo, pero yo sí lo veo como un sujeto. Entonces es un sujeto que está decidiendo morder algo, quizá no a alguien pero sí algo.

¿Esta posición que vos tenes la ves en tus colegas?

Sí, veo... a ver, yo no estoy en el espacio de la consulta de otro profesional ¿no?... pero sí, a veces por ahí ves profesionales que tienen determinada orientación o que son más pedagógicos, están más enseñándole al paciente ¿no?

Dentro de mi área que es la psicología hay psicoanalista, hay también orientaciones cognitivas conductuales, otras, pero que en discapacidad se trabaja más o menos con esas dos pero sí, veo... lo único que yo creo que es más como se trabaja con la familia que con el paciente ahí sí noto como más diferencia, por ahí hay terapeutas que dejan más a la familia por el borde de lo que está pasando y a mí me parece que en discapacidad no podés trabajar así, sin la familia yo creo que nunca podés, si trabajas con un niño, nunca podés dejar a la familia por fuera, pero en discapacidad menos, menos, porque hay mucho padecer en la familia, dicho o no dicho, entonces si vamos a ayudar a ese niño vamos a ayudar a esa familia.

Para mí es importante que por ahí cada ciertas sesiones haya entrevista a padres de nuevo, para ver si cambió algo en casa, lo que fuese, por esto que te decía al inicio, siempre hay algo que uno no sabe, que no preguntó, que cambió familiarmente, el fallecimiento de algún familiar emmm... y que vos después decís ah bueno, por eso está así el niño ¿no?

O... Me pasó hace poco algo re loco, que un paciente bastante severo, emmm... pero que empecé a ver algo como del orden de la regresión como muy añorado, muy bebé, un nene que tiene un lenguaje normal pero que las últimas sesiones me hablaba como un bebé, me señalaba, no me decía lo que quería... eh... y una, en una de las salidas a sesión la mamá me dice, bueno ¿cómo estuvo? Y yo le digo... ¿pasó algo en casa? Porque tampoco es que los papás pueden identificar... a no... está así porque tal cosa, no te lo dicen, pero vos tenes que hacer como un trabajo medio viste... de preguntar... ¿y cambió algo? O este nene tiene a los papás separados entonces ¿lo vio al papá?... la

verdad es que tampoco podés interrogar a esa familia por eso es que tenemos que tener mucha paciencia.

Entonces, esta mamá me cuenta que ella había perdido a un bebé, que estaba embarazada y que había perdido un bebe recientemente a la par que yo veía estos cambios en este niño. Y me dice ella: ¡pero el no supo nada eh!... si, le digo... supo. Me dice: no, no, pero no le dijimos, no lo hablamos de que iba a tener un hermanito. Entonces bueno, ahí tenes como que ver que los niños perciben, que lo sienten, que bueno, un montón de cosas que por ahí un papá desconoce. Y esto de que bueno, no lo hayas puesto en palabras, eso existió, estuvo ahí y lo percibió, no apelando a algo del orden de la magia (risas)... sino de lo que sabemos del inconsciente y demás. Y esas cosas son como también, uno puede tener un montón de cosas de libros, pero cuando ves que suceden en lo real ¡es un flash!...

(Risas)

No, no, no... es terrible porque qué se yo, decís ¡bueno! Si, está en una regresión y bueno, va a tener un hermanito, lo perdió... y después duelos, cosas más simples que no sé... falleció la abuela y por ahí los papás ni te lo dicen y el nene está haciendo síntoma por algo y... (Silencio)

Tenés que empezar a indagar con los padres también. En la mayoría de los casos me decís que son chicos entonces: ¿en general van con los padres? ¿Tienen tutores?

No, en general van con los padres. A veces hay algún hermano mayor, hermana mayor. Igual lo que más se ve es la mamá. Porque los padres trabajan o porque también a veces a los papás, no generalizo, pero si me ha tocado muchos casos donde los papás prefieren estar al margen... ¿no?

Padres que les cuesta mucho más aceptar la discapacidad, padres que eh... pacientes muy severos que por ahí los papás hombres mucho tiempo no quisieron hacerle el certificado entonces vos ves que el niño... podría haber avanzado un montón y no lo pudo hacer. Porque también a veces tienen que hacer los tratamientos pagándolos de manera particular, entonces, niños con discapacidades tan severas no se valen de un solo tratamiento, como te decía antes y los papás realmente a veces no lo pueden pagar.

Entonces hacen un tratamiento particular con fonoaudiología porque el nene no habla (Risas)... entonces, bueno, ¡que lo hagan hablar! ¿A quién lo mando? A una fonoaudióloga ¿entendes? Emmm... y es una pena eso, pero bueno, uno también tiene que saber hasta dónde ¿no?

¿Esto tiene que ver con las obras sociales? De la posición en la que se encuentran socialmente establecidos...

Sí, sí, sí... totalmente, influye un montón y después también mucha desinformación, mucho desconocimiento, como yo te decía esto antes de la médica, bueno esto de que si el medico lo dice está bien, si... no se sabe bien, el otro día lo hablaba con una colega, que yo le decía: ¿qué saben los papás de que es lo que hacemos nosotras? ¿Qué es lo que hacemos nosotras? ¿Qué haces, lo haces jugar? ¿Qué significa eso? ¿No? Porque es una pavada, va a jugar... ¡no! Es como yo te decía antes, el juego es un objetivo muchas veces en el paciente.

Entonces me parece que todavía hay mucha desinformación, mucho desconocimiento, mucho prejuicio, ehh... ¿tu hija va a la psicóloga? ¿Tu hijo...? Todavía hay mucho, hemos avanzado mucho pero también todavía hay mucho prejuicio, mucha dificultad, pero por eso yo te digo, eso lo veo mucho más en los hombres, en los papás, un montón, un montón, por eso en la sala de espera vos ves al 80% mujeres, son mamás que están ahí.

Como para ir cerrando, con las cuestiones legales, las normativas que tenemos en la Argentina... ¿cómo las tienen en cuenta al momento de trabajar?

Me ha pasado por ahí, en cuanto a lo legal tener algún caso judicializado pero no en el área de discapacidad, me ha pasado en salud mental porque hay alguna denuncia de abuso, requieren de informes, tenes que responder cuantas veces te soliciten un informe, tenes que hacerlo, nunca me han citado, pero sí de responder ciertos informes... eh...

Y después en el área de discapacidad hay que preservar el derecho que tiene el niño, eso se habla mucho también con la familia, eh, familias que no lo llevan al jardín o al colegio incluso porque el nene se portaba mal, entonces la maestra dijo a la mamá que

se portaba mal y entonces la mamá lo dejo de llevar. Eh... y esas cosas vos tenes que decirles a esos papás que están privando a su hijo de un derecho. No sé hay que decirlo como marcando un límite, porque se vulneran derechos del niño. De más está decir cuestiones de violencia, digamos, lo más obvio. En eso se ve mucho como bueno, se sienten rechazados, no es como si voy lo llevo al jardín y todo el día la maestra me dice que se portó mal, que pegó, que quiso salir de la sala, bueno... ¡no lo llevo más! Entonces eso hay que explicarlo y hablarlo con la familia, no importa cuán complejo sea, bueno se busca un acompañante que es a lo que los chicos tienen acceso con un certificado de discapacidad porque si no es muy difícil que tengan un acompañante.

Eso ayuda mucho, el niño debe tener una rutina y todo pero también tiene que tener derecho a la educación, a estar con sus pares a... no conservarlo como puertas adentro porque tiene dificultades ponele entre comillas. Yo más que nada en eso he visto como faltas a nivel legal, institucionalmente hay un consentimiento informado que se tiene que firmar, en discapacidad o en salud mental eh... pero después otras implicancias.

¿El consentimiento informado de que trata?

El consentimiento informado esta armado por la institución, en general hay como unos patrones básicos que después que los papás firman y nada más.

Yo en mi consultorio, que debería hacerlo, pero yo no les hago firmar consentimiento informado.

Las instituciones lo hacen porque se resguardan legalmente etc. ¿no? Uno en consultorio privado peca de alguna de estas cosas.

En relación a la Ley de Salud Mental ¿estás informada?

Me parece bien, me parece que el último tiempo se ha puesto mucho la mirada en diabolizar o estigmatizar al paciente de salud mental o con discapacidades mentales y me parece que es re importante esta cuestión de cómo bueno a ver... tienen que tener espacios en la sociedad, no ocultar que es lo que te decía yo antes de lo que hacen las familias y bueno...que no vaya al colegio y que se quede a puertas cerradas. En eso me parece que la ley de salud mental ha ayudado mucho. ¿No?

A visibilizar y también a ponerle bueno... digo... son sujetos también ¿no? Como lo más básico que es básico pero que no se respeta todavía entonces eso también con la familia se habla mucho. De a ver, puede tener las dificultades que tenga pero es un niño, que necesita jugar, ir a la plaza, tener pares, es difícil, sí bueno pero necesita hacerlo... como no porque pasa por el kiosco y hace un escándalo en la puerta del kiosco y ¡no lo saco más!, bueno no, estas vulnerando derechos, entonces me parece que los marcos legales ayudan mucho a eso.

Me parece que más en el área profesional.

¿Les sirve como herramienta?

Si, si, si... claro. La teoría también, a veces te sentís como con la necesidad de explicar, porque uno tampoco es maestro, volviendo a esto de la doctora que dice ciertas cosas y que se yo. Uno no está enseñándole a esos padres como ser padres, ósea, no es la mirada que yo tengo, en absoluto. Uno puede darles una sugerencia una observación pero a veces te vales un poco de la teoría como ley, para explicarles a los papás que quizá lo que están haciendo puede generar algún daño.

Como esto que te decía antes de dormir con el nene en la cama, no es que yo digo que eso está, mal entonces no hay que hacerlo, la psicóloga dijo que eso está mal ¿no? Entonces uno, bueno, yo tengo una formación profesional y teórica, entonces yo me valgo de eso y es lo que transmito, para no quedar siempre como pegada... como un superyó externo del padre que viene a decir lo que debe hacer. A mí no me gusta esa posición.

Hablando esto de las posiciones teóricas ¿qué es lo que más te sirve para trabajar dentro del ámbito de la discapacidad?

Yo tengo formación en psicoanálisis y siempre me valgo del psicoanálisis eh... veo al paciente desde el psicoanálisis, veo la vida desde el psicoanálisis (risas).

Pero si es cierto que en discapacidad yo descubrí que es muy positivo valerse de algunas herramientas cognitivo conductuales, que me parece que está buenísimo y que de hecho hace poco lo hablaba con una de las chicas que hace poquito que empezó a trabajar, a atender pacientes y que también tiene orientación psicoanalítica y le digo,

vos no te vales...no te pones frente al niño a psicoanalizarlo, tenes una mirada desde el psicoanálisis pero uno trabaja desde la acción en este tipo de pacientes ¿entendes?. Entonces desde la acción yo tengo una interpretación psicoanalítica de lo que va sucediendo pero también uno apunta a la conducta, entonces te vales a veces de ciertos recursos este... me ha pasado igual a veces con pacientes este, de salud mental incluso adultos, donde por ejemplo distorsiones cognitivas, entonces vos a veces te sirve porque el paciente necesita un poco esa etiqueta para saber un poco lo que le está pasando, saber cómo abordar eh... incluso a veces con las familias lo cognitivo conductual te ayuda mucho, los pictogramas, hablarles de bueno .. En casa pueden hacer esto, pueden hacer lo otro, que son más bien estrategias cognitivos conductuales, yo estoy formada en psicoanálisis y a mí nunca me dijeron eh mira el paciente de tal dificultad le pones el suelo de goma y armas este pictograma... ¡no!

Te ayuda un poco a bajar la ansiedad como terapeuta, te da un como ¿entendes?... te da un poco de guía me parece.

Claro, también habla de cómo poder intercambiar con otras disciplinas.

Totalmente. No soy fundamentalista del psicoanálisis y en todo caso de quien lo sea, de quien decida abordar al sujeto desde esa mirada no creo que se dedique a la discapacidad hará en su consultorio, hará diván y verá que admisiones de pacientes hace.

A mí me parece que en la discapacidad vos tenes que ser súper flexible con eso porque si no estás más mirándote a vos que al paciente, como... viste... no, no, no, me parece tonto y narcisista.

Dentro de nuestra formación psicoanalítica sabemos lo que valen las palabras, entonces como yo te decía al principio eh... vos ves muchos papás que ni siquiera pueden decir la palabra discapacidad. ¿Entendes?

Claro, vos decís que es una palabra que tiene mucha carga.

Yo veo en la mayoría que tiene mucha carga eso, emm... es social, uno no puede dejar de... me parece que es una mirada como muy utópica creer que la palabra discapacidad

o capacidades diferentes, no tienen algo peyorativo, bueno... hay una falta en definitiva, no sé cuál es la palabra cual es el termino más acertado, no lo sé.

También yo te digo área de salud mental y de discapacidad porque en esta primera institución en la que yo empecé a trabajar, cuando me recibí esto estaba etiquetado así, entonces por eso para mí son términos como que los tome y me los apropie y los discrimino de otra manera, quizá en otra institución se aborda con otro nombre.

¿Dentro de la institución tienen sectores digamos... físicamente diferentes?

No, no y eso es algo que cuando yo estaba como en los dos eh, sectores, en las dos áreas porque sector físico no hay, me generaba todo un ruido porque vos quizás eh... Estas haciendo que salga de la consulta un paciente que como yo te explicaba antes, súper excitado psicomotrizmente que tiró todo que hizo un escándalo que todos escucharon, que... quizás el paciente entra eh... de salud mental un paciente con cualquier motivo de consulta y está por ejemplo trabajando un duelo... y yo creo que eso no es positivo. ¿No?

Eh... no sé, a mí me genera todo un ruido, no sé si poner la palabra de que genera un daño, no sé pero yo creo que debería estar diferenciado, me parece que por una cuestión de dimensiones del lugar, estructuralmente que tenga los sectores separados quizás hasta alguno le molesta ¿no? Ahora pienso y digo capaz que incluso suena este... no sé... termina siendo negativo. Pero vos ves la cara del paciente que está ahí, de salud mental, adulto, no sé, que está viendo como el niño está ahí tirando todo y uno se pone en ese lugar. Yo voy a mi propia terapia y la verdad es que no sé, si en la sala de espera hay un niño así no sé qué me va a generar emocionalmente viste... no sé si volvería a elegir ese espacio.

21 de Junio de 2019.

Entrevistador: Reyes, Melina Daniela.

Entrevista B.

En principio me gustaría saber acerca de tu profesión ¿Qué profesión tenes? ¿Cuál es la función que cumplís actualmente dentro de la institución?

Bueno, eh... soy Licenciada en Psicopedagogía y Licenciada en Psicología, este, en psicope me recibí hace más de 20 años y en psicología hará unos 6 años. A ver... fue en 2013 emmm o 2012, bueno por ahí. La hice bastante después de psicope, me forme en Mayéutica que es una institución psicoanalítica, hice la formación en psicoanálisis que es de tres años y después seguí haciendo cursos, seminarios, participando muy muy activa durante un montón de años. Eh... mientras iba trabajando en clínica trabajaba en varias salitas de Escobar, en consultorios, trabajé en René Favaloro que era un centro de día, bueno en un montón de lugares.

Ahí en René Favaloro fue mi primer contacto con discapacidad y en ASANA, te estoy hablando de 1810 más o menos (Risas), ASANA es un hogar en Loma Verde, es un hogar para discapacidad pero también había muchos pacientes psiquiátricos.

Después de todo ese período empecé con Moebius pero para atender Salud Mental, fueron varios años, después llego un punto en el que ya no podía sostener la formación psicoanalítica con la carrera de psicopedagogía porque primero que me interesaban un montón de otras cosas que no tenían que ver con el aprendizaje específicamente, aunque estuve muchos años ligada al tema aprendizaje y nunca trabaje en un colegio por ejemplo y ya era como que tenía que estar justificando porque yo tenía que trabajar de determinada manera entonces preferí pasar por la facultad de nuevo y formalizar la situación haciendo la carrera de psicología que yo creí que a esa altura mucho no me iba a aportar y me aportó un montón, me encantó hacerla este... me aportó un montón de cosas que por ahí no tenían que ver específicamente con el psicoanálisis que era donde yo había estado metida tantos años, me abrió un montón la cabeza, me sirvió me pareció fantástico y bueno, hice la carrera de psicología.

¿De qué trata la Mayéutica?

Mayéutica en realidad es una institución psicoanalítica que tiene un montón de años, la verdad es que años no sé cuántos pero muchísimos deben ser como 30 años más o

menos. Es una institución lacaniana que forma parte de convergencia y movimiento lacaniano para el análisis freudiano y hace bastante tiempo que no voy, tiempo significa años que bueno, que no voy porque elegí otro camino, pero siempre... tiene un lugar físico que se encuentra en Capital Federal y es una institución muy seria y reconocida.

¿Entonces tu primer acercamiento a la discapacidad fue a través de esas instituciones?

Si, de hecho fue ASANA y después el centro de día René Favaloro, después quede embarazada asique ahí deje, pero me quedo siempre pendiente el tema de discapacidad a partir de eso, para mí tenía como otro significado, siempre me interesó.

¿Por qué te interesa?

Yo creo que desde el psicoanálisis, el psicoanálisis tenía esta cosa, esta pregunta, primero que tiene que ver, te lo planteo así, la relación de la discapacidad con la constitución subjetiva, siempre me pareció que no estaba bueno que venga un paciente con determinado diagnóstico, que sé yo, retraso mental y lo dejemos ahí, más allá de que ese paciente esté funcionando con un entre comillas retraso. Yo creo que hay un montón de cosas que tienen que ver digámoslo así, con lo vincular o con los primeros tiempos donde se constituye el psiquismo y que hay consecuencias que después se llevan toda la vida, entonces me parece que escuchando ese sujeto o trabajando con ese sujeto y no dejándolo como ahí pegado a un diagnóstico se pueden lograr un montón de cosas sin desconocer que por ahí está funcionando mal en un determinado área y hay que rehabilitar digámoslo así, esa área, pero no significa digamos... de colocarlo, no hay que colocarlo en ese lugar y dejarlo ahí bueno, es un retraso mental o bueno, un tonto.

Bueno, sacarle esa etiqueta y trabajar un poco con todo lo subjetivo me parece que sirve un montón, desde esa mirada en el centro de día cuando digamos a mí me llamaron, porque yo siempre quise hacer un proyecto de algo, siempre. Y en esa época quería hacerlo municipal, entonces, eh... estaba con un grupo de profesionales, que teníamos, que éramos re jóvenes y armábamos proyectos y los presentábamos al intendente y justo entre ese grupo de profesionales estaba la hija del intendente y

bueno, el intendente la llama a ella y le dice mirá hay una escuela que se está cerrando, una escuela especial y necesito que tomes la posta para que se haga municipal, para convertir esa escuela especial en municipal porque había un montón de padres que estaban quejándose y que bueno, no tenían a donde llevar a sus hijos. A partir de ahí nace el centro de día, esta chica era psicopedagoga y no era docente, entonces no podía ser directora de un colegio especial, cambió de ser colegio especial a ser centro de día y ella se hizo cargo y hubo que armar de cero y estuve en la constitución, en el armado del centro, de hecho hoy en Moebius hay gente de esa época.

Claro.

Que vuelve a aparecer, en esta nueva camada por x motivo de haberme cruzado y que se yo hay gente de esa época que sigue estando en el centro de día, porque yo me fui pero ellos siguieron, entonces están en los dos lugares. Este y... bueno, estuve en todo lo que es el armado y el armado lo hicimos supervisando y esto bueno, la sugerencia fue mía porque yo estaba en Mayéutica con Manuel Rubio que es un psicoanalista de Mayéutica y supervisábamos con él que de hecho creo que hoy siguen supervisando con él y con Sonia Canullo que es la mujer y bueno se hizo pensado o pensando a los pacientes como sujetos con la orientación de Manuel, asique imagínate que estuvo buenísimo.

Vos hablas de una división en Salud Mental y en Discapacidad ¿en qué consiste esa división dentro de la institución?

Bueno en realidad esa división es puramente administrativa (risas) si bien hay pacientes que solamente requieren psicología o psiquiatría y otros que requieren más un abordaje interdisciplinario que esa podría ser una de las diferencias, pero en realidad es un tema puramente administrativo no, no, no hago esa diferenciación.

En la clínica lo que te podría decir es, un paciente quizá con más compromiso orgánico o con más compromiso sintomático, se podría pensar como un paciente de salud mental que llamamos entre comillas psiquiátricos, súper con un montón de síntomas o súper descompensado que son de Salud Mental. Es los que tienen y los que no, tienen certificado.

¿Cómo describís tu trabajo dentro de la institución? De Moebius

(Risas) ¡Qué pregunta!... bueno, yo estoy en todo (Risas). No, bueno, mi cargo es Directora General y la verdad es que estoy atrás de dos grandes ejes que es el clínico o el terapéutico y el administrativo, el funcionamiento general de la institución, llámalo, falta pintar la pared hasta, hay que hablar con la coordinadora terapéutico por tal paciente, sería estar en lo que es los tratamientos, las entrevistas con padres, yo no hago muchas entrevistas con padres, ahora hago las admisiones y de ahí pasa a todo el dispositivo terapéutico.

¿En qué consisten las admisiones?

Yo hago la admisión a cada paciente que ingresa a la institución, un poco para ver para donde va. Pero es una admisión mitad terapéutica y mitad administrativa porque hay mucho tema de papelerío y en esa admisión se ubica al paciente desde lo administrativo y desde lo terapéutico, posteriormente cuando se aprueba ese tratamiento pasa a una entrevista de admisión puramente terapéutica que no hago yo.

¿Pero vos previamente ves de que se va a tratar?

Claro, para donde va a ir ese paciente.

¿Y qué tenes en cuenta para eso?

Bueno primero administrativamente su obra social, si tiene o no tiene certificado eh, si lo puedo asesorar en cuanto a sacar por ejemplo el certificado de discapacidad que muchas veces es para que cubra la obra social, porque si se requiere un tratamiento interdisciplinario en varias áreas este... bueno, hay mucha gente que no tiene acceso entonces a partir de esa orientación pueden comenzar con el trámite por ejemplo si es necesario de tramitar el certificado. Después bueno si ya tienen certificado veo cual es el diagnóstico del CUD, del certificado, escucho a los padres, digo padres porque son muchos niños, algunos que son adultos. Bueno, al que viene a consultar, que es lo que necesita porque no siempre es lo que uno supone, de hecho me ha pasado de ponerme tan sistemática, y pedir pedir, no preguntar y cuando escucho nada que ver.

¿Cómo por ejemplo?

Por ejemplo, gente que yo ya estoy definiendo que terapias necesita y me dice... ¡pero yo venía a buscar apoyo a la integración escolar!... ¡ah, bueno! Qué se yo o gente que por ejemplo viene a buscar, que eso también está bueno... ¡Necesito una fonoaudióloga! Bueno, ok! Se hace una admisión y te cuenta todo un panorama que alguien le dijo que necesitaba una fonoaudióloga pero ese paciente necesita de un montón de otras cosas más o quizá no una fonoaudióloga, ¿por qué? ¡Porque mi hijo tiene cuatro años y no habla!

Entonces, a través de una fonoaudióloga va a acceder a todo un tratamiento interdisciplinario y se verá que pasa obviamente, una evaluación y demás, pero bueno, es el pedido de... necesito una psicóloga, una fonoaudióloga, lo que ellos necesitan, se los orienta o se les hace una evaluación previa a que ingresen que eso también.

¿Cómo?

Por ejemplo, viene un paciente, también fonoaudióloga y empieza a hablar de su hijo y tiene en varias áreas dificultades entonces lo que se le propone es una evaluación de cada una de las disciplinas y después un informe con orientación.

Una de las preguntas era ¿a quiénes entrevistan en las admisiones?

En las admisiones a quien venga, nosotros...yo no pongo ese límite, si viene la madre o el padre o los dos, porque me parece que la persona que viene es la que tiene la demanda de alguna manera. Después de acuerdo a la necesidad, si vemos que tenemos que hacer una evaluación ahí si se va citando a quien corresponda, pero yo ni siquiera pido que traigan al hijo si es un nene porque como es tan previo y tan de orientación, la verdad es que traen al hijo y es un lío, no se puede hablar, me ha pasado, de hecho me pasa que lo traen igual, pero después en los próximos encuentros es con el niño si se tiene que evaluar es ósea, con los padres, con el niño, con... primero yo es como más espontáneo, lo que escucho es lo que aparece, a veces viene la abuela, viene el padre, yo escucho lo que aparece.

¿La mayoría de la población con la que se trabaja en Moebius es de niños?

Y... tenemos un 80%, hay desde 4 años hasta adolescentes, menos de 4 son muy poquitos, adolescentes...y adultos estamos tratando de empezar, el servicio para adultos.

¿Tenés idea de cómo acceden a la institución?

Es boca a boca o por gente que deriva de otras instituciones, la otra vez por ejemplo vino una mamá que no entendía nada, pero nada, nada, nada y... este... la había, la asistente social del colegio llamó y pidió un turno. Ella fue porque le dijeron... desde distintas instituciones o por otros pacientes.

También llego otra mamá ponele por eh, una chica que hace un acompañamiento se lo comentó, una maestra integradora y bueno, le dio mi teléfono, cosas así pasan.

Hoy me hablabas de los principios de tu práctica profesional y en este momento ¿no tenes contacto con los pacientes?

Tengo pero muy poquitos, de discapacidad pensando en esta diferenciación administrativa ¿no? Tengo tres pacientes, que los tengo, los atiendo, no tengo tiempo pero no los quiero soltar... (Risas)

¿Por qué?

Y porque me gusta mucho atender porque para mí la clínica es la base de todo. Primero que si te vas de la clínica ya no vas a tener la misma mirada, ósea que para mí el hecho de tener contacto con los pacientes es más allá de las admisiones o por ahí yo hago entrevistas pero no son entrevistas con pacientes sino con algún papá que tiene una pregunta, algún requerimiento, siempre se cruza lo administrativo, pero bueno se cruza con lo terapéutico.

Tengo tres pacientes adultos, tengo a T que tiene Alzheimer, tengo a G que tiene problemas visuales que es ciego y a S que tiene supuestamente es un retraso mental, digámoslo así este... pero bueno para mi es una psicosis. ¡Ah! Y tengo otra más que me olvidaba C que también tiene una psicosis.

¿Cómo te posicionas frente a ellos para trabajar?

Son todos adultos, trabaje muchísimo tiempo con niños, muchísimo, muchísimo y ahora no tengo más ganas, no tengo ganas de tirarme al piso, de jugar con autitos (Risas)

De hecho una de las preguntas que te quería hacer era ¿en qué ámbito te sentís más cómoda trabajando?

Hoy por hoy, no me dan más ganas de tirarme al piso ya te digo, es que creo que nunca tuve ganas pero cuando era más joven lo hacía igual (Risas). Y ahora son cuatro adultos, digamos son patologías graves, no estamos hablando de un neurótico, estamos hablando de un psicótico, de un retraso mental que para mí en las dos son psicosis, el que es neurótico si es esta persona con discapacidad visual que es otro tema. Pero tampoco es un análisis, no hay demanda de análisis, él se quedó ciego a los 62 años de un día para el otro y bueno a partir de ahí tuvo que hacer un duelo que lo hizo impecable de todo lo que perdió y se tuvo que rehabilitar, que no se rehabilita en Moebius, se Rehabilita en una institución que es especial para ciegos y la verdad es que hizo un recorrido impecable el tipo está muy bien, pero bueno, lo acompañe en su duelo.

Vos decís patologías graves como retraso mental y después decís psicosis...

Bueno ahí yo los junto conceptualmente porque me parece que el retraso mental es el diagnóstico del CUD y yo lo veo como una, si pensas en la estructura o en la constitución subjetiva yo veo una estructura psicótica, una estructura lábil, no veo digamos....sinceramente un retraso mental, si son medio aniñadas pero hablas con ellas y son inteligentes, toda su actitud tiene más que ver con sus subjetividad.

Me parece que el certificado de discapacidad se rige por la escala CIF y nada que ver con el psicoanálisis digamos, tiene otros parámetros. Yo lo tengo súper presente pero son otros parámetros, no quiere decir que este mal, es otra la mirada, si te evalúa un médico te va a decir no sé... tenes el hígado inflamado ¡y bueno, está bien! (Risas)

Yo desde mi formación lo que veo es eso y veo que las dos están súper enganchadas vienen pero el punto es ese lugar que no tienen en la sociedad porque entienden perfectamente todo, intelectualmente se manejan pero son como “discapacitadas”

entonces es un tema, hay una de las dos que es más bizarra que se le nota más, la verdad que va por la vida bien pero no puede conseguir un trabajo...

Entonces hablando de inclusión...la discapacidad...

Si, ni hablar. ¿Sabes lo que pasa acá? La discapacidad intelectual es un problema porque si hay una persona, nosotros tenemos por ejemplo a Michetti y puede trabajar perfectamente pero la discapacidad intelectual cuando...se sabe digamos que la persona tiene un certificado y ya es una persona grande y la tratan como tonta. Hay si bueno... entonces la persona, no está ese respeto a la otra persona diferente, está el... esta es una tontita. Es muy difícil insertarse socialmente, es muy difícil, cargando con eso y que ellos, ese certificado lo hacen carne. Son discapacitadas tienen... es diferente, hoy se dice persona con discapacidad, justamente discapacidad mental y que si dice que tenes retraso mental. Y mi paciente ciego, es diferente.

Con lo que me decis también puede tener que ver con que podríamos asociar el concepto de discapacidad más dentro del ámbito social, donde el contexto te lleva...en esos casos donde son más grandes y quieren empezar a manejarse e independizarse y a ganar mayor autonomía desde la sociedad...

Si, para mi es difícil porque si bien, no somos una sociedad muy inclusiva también hay un tema de que esto va a ir avanzando de a poco. También creo que es difícil incluir como un par a una persona con discapacidad intelectual, no es tan fácil en un trabajo por ejemplo. Porque hay capricho, porque se comportan...hay situaciones en que estas personas se manejan... no es lo mismo tenerlos como pacientes que tenerlo no sé, en un kiosco y lo tenes como empleado, hay que ver cómo manejarse con ese tipo de discapacidad. No es lo mismo una discapacidad visual, motriz a la persona con discapacidad intelectual que es anañada, que es caprichosa, que es narcisista... es la sociedad y es la misma persona, esto opino yo.

En los planteos que hacen de los tratamientos dentro de la institución, vos me decías que se van como orientando pero... ¿eso lo plantean los profesionales o se plantea en equipo?

Se plantea con una dirección bien clara hoy, antes era más por cada profesional, hoy eh.... Los objetivos de ese tratamiento, se contradice un poco con el psicoanálisis pero me parece que en realidad no... yo tuve que entender que no es un tratamiento psicoanalítico y que es rehabilitación y la rehabilitación es en las diferentes áreas, inclusive en las áreas cognitivas hasta en el área de psicología, con objetivos bien claros y que digamos desde la coordinación se puede construir con el profesional pero la línea se baja. Hay que ajustarse al objetivo y ser creativo desde digamos lo que uno puede hacer con el paciente, en el área pedagógica, cognitiva, psicológica, médica o motriz, depende las especialidades, pero de acuerdo con cada paciente.

Digamos, la construcción de los objetivos participa no solo la coordinación sino con alguien de cada profesión.

¿Quiénes serían la coordinación?

Sería una persona que está en la coordinación terapéutica y otra que está en la coordinación técnica, que tiene el conocimiento técnico de la rehabilitación. Desde ahí son las referentes que están dentro de ese equipo junto con la coordinadora de SAIE, la médica y yo. Seríamos quienes vamos delineando los objetivos de cada paciente junto a los profesionales.

¿Los objetivos entonces los van debatiendo?

Desde la parte directiva se baja línea, no es que cada profesional viene y dice yo con este paciente voy a trabajar tal cosa únicamente.

¿Qué tienen en cuenta para eso?

Siempre se tiene en cuenta lo que necesita cada paciente.

¿Cómo se congenian para poder trabajar todos? ¿Hay reuniones?

Si, justamente al haber bajada de línea institucional hay reuniones de equipo y una de las coordinadoras se encuentra en las reuniones de equipo que actualmente son una vez por semana, que para mí deberían ser más porque es muy importante que haya una misma línea de trabajo con cada paciente, que cada uno aporte desde su disciplina, de su área, pero bueno es trabajo interdisciplinario. Si el paciente tiene un problema motor

por ejemplo, trabajar con la pierna por ejemplo pero eso tiene que estar coordinado con todas las demás áreas de ese paciente, con el colegio, si tiene un problema social, está la asistente social que inclusive puede ir a la casa o asesora por ejemplo si hay que sacarle una pensión. Está enfocado desde todos los aspectos.

¿En las reuniones de equipo están siempre los mismos profesionales?

No, siempre hay alguien de la coordinación, pero no se puede estar siempre los mismos, entonces se coordinan más de una reunión.

¿Por qué la institución lleva el nombre de Moebius?

(Risas) Moebius es un concepto que es tomado por Lacan, lo que es la banda de Moebius para definir un montón de conceptos psicoanalíticos entre ellos el exterior y el interior, esta cosa de que no hay diferencia entre uno y otro, es una figura topológica la banda de Moebius, cuando empecé, estábamos sentados un grupito y dijimos bueno, Moebius y por el dibujo y bueno... quedó. Fue para identificar Moebius con el psicoanálisis. En ese momento era la idea de identificar la institución con el psicoanálisis. La esencia sigue siendo psicoanalítica, el cómo se ve al paciente, es un sujeto.

Tomando las legislaciones que se encuentran vigentes ¿qué normativas tienen presentes en la institución?

La Ley 24901, la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad a la que Argentina adhiere. Esa ley justamente establece las prestaciones básicas para las personas con discapacidad, establece lo que es el nomenclador y todo el marco, se llama marco básico que regula y reglamenta todas las prestaciones que se brindan en discapacidad garantizando la calidad prestacional. De ahí me voy a otro idioma, yo últimamente estoy formándome en la universidad de ISALUD que es de gestión, nada que ver con lo clínico pero era necesario.

¿De la Ley de Salud Mental?

Y... la tenemos ahí...lo que podemos llegar a tomar es las cuestiones de obligatoriedad de las obras sociales, de cubrir este...de que esté en el PMO eh, lo que es las prestaciones de salud mental.

Es un aporte para el trabajo, para enriquecerse uno, pero no le da un marco legal a la institución. Profesionalmente si por ahí esta cosa de no institucionalizar, de la figura del acompañante terapéutico ¿no? Que es el gran cambio que propone, además del consentimiento informado y la interdisciplina. Sí, pero estamos más influenciados como institución de la Ley 24.902 que es la de discapacidad.

22 de Junio de 2019.

Entrevistador: Reyes, Melina Daniela.

Entrevista C.

*En principio me gustaría que me comentes ¿cuál es tu profesión? ¿Cómo te formaste?
¿En qué institución?*

Mira que lo mío es de hace muuuucho (Risas) ¿no importa ser vieja? ¿Sirve? ¿Aunque sea dato antiguo?

(Risas)

Bueno soy Licenciada en Psicopedagogía, estudié en la Universidad del Salvador porque era el único lugar que daba la Licenciatura en ese momento, la UBA no la tenía, nada... yo empecé a estudiar en el año 1984 entonces... (Risas) era el único lugar que había y había curso de ingreso y de seiscientos y pico eh...y quedamos ciento sesenta y bueno, viste que en seis meses queda la mitad.

¿Dentro de la institución que rol cumplís?

Yo atiendo niños, en general y por mi formación me fui especializando en autismo, un poco por casualidad y lo que me iba tocando me iba gustando. Iba estudiando sobre eso y demás, entonces en general estoy atendiendo en el consultorio y me dan los casos de los nenes con TEA ¿viste?... ahora es TEA, Trastorno del Espectro Autista... antes era TGD pero ahora en el DSM V ya es TEA.

¿Y te vales de esos diagnósticos?

No, pero hace falta ponerlos en los informes, en lo que te pide el neurólogo, en lo que te piden las obras sociales entonces, no, yo pienso que no hay, no hay cuadros y tiene un autismo porque tiene estas, eeeeestas características, cada autismo es tu autismo, es subjetivo, como se estructura la neurosis, que cada neurosis es nuestra neurosis. Cada niño autista o persona tiene sus características, entonces no puedo tener un modelo para aplicarlo porque no existe.

Ya desde el año, no....no estaba recibida, eso no te dije, pero como en la zona no había profesionales, había muy pocos no es que no había. Trabajo desde el año 1987, en Fátima, en minoridad, que por estudiar me fui a ofrecer yo ósea tantos años... ahí había

un colegio que era por niveles, era un intermedio entre la escuela especial y la escuela común.

Como eran niños en situación judicializada en general tenían tocada la parte cognitiva, un niño al que un padre lo abuso, es de la calle, o vivió...en general les cuesta aprender, bueno ahí ya empecé a formarme y bueno viste que ahí ya te empiezan a decir: “y hay un trabajo en un centro de...en un hogar de adultos psicóticos” también me fui especializando un poco...más vas leyendo de eso y bueno así.

Bueno pero te quiero decir que en todos esos años vos vas a ver que no hay una forma para aplicar, que está...ahora que recién empezás es re angustiante, después cuando seas vieja como yo (risas) es un desafío de creatividad, nunca te aburrís porque nunca sabes para que lado va a salir el tratamiento ¿entendes? Cada sesión te genera una estrategia para la próxima y eso está bueno porque jamás te aburrís.

¿Cómo vas trabajando con los chicos?

Al ser la mayoría niños, porque el lugar donde trabajo trabaja en su mayoría con niños, ahora también tengo una paciente, dos pacientes adultas, una esquizofrenia y una señora con Alzheimer, que hago bueno esperá...vamos por parte.

Con niños lo que hago es ehh... en general toooooo lo contrario a lo que me formé hace tantos años, antes era estimular, estimular, estimular, estimular y ahora lo que hacemos es aquietar los estímulos, hacer una presencia discreta y permitirle eh... ofrecer un elemento, no muchos y esperar que el niño rompa su caparazón, en algún momento si vos acompañas sosteniendo, en algún momento se va a contactar y ahí vos... bueno nos va a mostrar cómo vamos a seguir trabajando.

Yo me acuerdo por ejemplo con D que era un niño que estaba de espaldas, mirando a la pared y yo le tiraba pelotitas y un día se dio vuelta y la ruedita que le había tirado de rasti, me la devolvió ¿viste? Y bueno, ahí empezamos, así es el tratamiento... después lo que voy haciendo para romper eso, porque él va haciendo el juego repetitivo, bueno siempre se incluye algo nuevo. Si el tiraba esa ruedita, le pongo la ruedita no sé, le hago una marquita o le tiro dos rueditas, una grande y otra chiquita y

así vamos incorporando cambios. Ahí vos después también esos cambios tenes que ir armando la estrategia para ir llevando al objetivo que queremos, no sé...

¿Por ejemplo?

Por ejemplo que pueda leer y escribir. Bueno justo ese ejemplo es muuuy grande pero que se acerque a la simbolización, la palabra, el dibujo y bueno, la lectura y la escritura.

¿Siempre te sirven elementos externos para poder establecer un vínculo?

Sí, en todos los casos, no solo en niños autistas, yo siempre trabajo eh... con lo que vos traes ¿qué te gusta? Digamos... vos pensá que el nene viene del fracaso, del que no le sale, eh... de vivirlo con mucho agobio, el colegio, no les gusta ir, los obligan, la tarea como no les sale tenes que hacer no lo que hacen todos sino tres veces más, entonces vienen cansados y bueno... primero vamos a pasarla bien... mira ¡no es horrible aprender! Eso es lo que yo les quiero enseñar, es hermoso el conocimiento y el aprendizaje. Asistemático y sistemático, es lindo aprender a leer y es lindo aprender a andar en bici no sé... todo.

¿Viste? Eso tenes que modificarles porque ellos vienen de una experiencia horrible, a nadie le gusta. Yo siempre le digo a los papás, a nadie le gusta hacer lo que no te sale, lo que fracasas, entonces vos les tenes... entonces yo siempre empiezo... siempre les digo a las chicas, retrocedan para avanzar. Empeza por algo que a él le salga, le guste, lo gratifique y después de ahí arrancamos, lo tenes que convencer de que puede, todos podemos algo. Entonces arranquemos con estos elementos que a vos te gustan, con estos temas que a vos te gustan, por ejemplo si le gustan los dinosaurios, bueno trabajemos con dinosaurios ¿por qué voy a trabajar con letras solamente? Ya vamos a llegar. Cada uno con lo que le gusta.

Vos hablas que te vales con el niño...pero ¿cómo tomas la participación de los tutores o de los padres, de quien se acerque con el niño?

Sí, eh... cada vez les doy menos bolilla (risas) menos espacio. Los tengo en cuenta en esto, en general es muy importante a veces el vínculo que tienen con vos, están repitiendo por ahí lo que están haciendo con el nene. Ahora, el espacio es del niño, no es de los papás, si busco colaboración, vos imagináte que con una sesión de 40 minutos

por semana que en general es con lo que contamos, no vamos a cambiarle la vida, entonces buscas colaboración. Pero ¡ojo al piojo!... que los papás no siempre hacemos lo que nos dicen, no sale.

Ese síntoma ocupa un lugar en la familia y a veces hay familias... que por supuesto, la mayoría se puede modificar y a veces no. Lo que sí trato es que... digamos que no sea solo el niño el que cargue con el síntoma. ¿Sí? Que la familia colabore en ese cambio y en... bueno...esto que pasa... ¿por qué este niño está aquí? No es solamente... no va construido solamente por el ese espacio, sino por toda la dinámica familiar, desde ese lugar sí.

No los escucho mucho porque te vienen a contar mucho como sufren como padres teniendo ese niño ¿entendes? A eso no le doy espacio. Si apunto al niño, ayudarlo eh... digamos eso, en el lugar que fue puesto y se puso en esa dinámica, colaborar con eso. No hay que engancharse con los padres que se quejan y se quejan, bueno lo lamento ¡no era cómodo tener un hijo! Semejante laburo, entonces bueno. No les doy espacio porque salís de atender y te empiezan a contar como sufrieron cuando el nene en el colectivo hizo quilombo ¡bueno no!

Si después se puede hablar y se darán ciertas pautas para cómo abordar la situación si pasa, organizar al niño, ordenar, dar un borde.

En cuanto a los objetivos del tratamiento...

Si, si, primero ¿quién es ese niño? ¿Qué trae? Ahí empezás a hacer las hipótesis de trabajo y los objetivos a los que apuntas, pero yo siempre digo que eso es como se va construyendo, entonces se van a ir modificando, al igual que las hipótesis de trabajo. Cada tanto tenes una sesión hermosa donde ¡pum! Se manifiesta el logro y de manera ¡chwing! Hermosa y que te vas re contenta ese día a tu casa y bueno, sobre ese escalón apuntas a dibujar tres o cuatro escalones más. La idea es bueno, estructurarlos, que tengan pautas, bordes, después si podes simbolizar, establecer un pensamiento... ir de lo concreto cada vez más a lo representativo, bueno, eso, en general eso.

¿Cómo los pensas?

Me encanta en equipo, porque mi cabeza sola es una sola pensando y en cambio en un equipo siempre la formación del otro enriquece que es distinta, aunque sea la misma profesión, pero sos otra persona, que estudiaste en otro momento y si... no, me gusta mucho armar mis objetivos y después reverlos con otros, me encanta que me supervisen porque te equivocas, mas con estas patologías, es complicado.

¿Tienen espacios para trabajar en equipo?

Sí, tenemos reuniones de equipo donde se ve cada paciente, cada profesional eh...comenta las dificultades, logros, pautas a seguir con el niño y su familia.

Tus primeros acercamientos al ámbito de la discapacidad entonces... ¿cómo fueron?

Los fui a buscar yo sin saber, estaba recién mudada en la zona y no sabía...viste cuando... estaba en cuarto año de la carrera y antes no había pasantías y concurrencias, solo había alguna que otra práctica, íbamos a instituciones pero un día a ver una institución de sordos y no te empapaban de la realidad. Entonces estaba en cuarto año y un día comentando en casa, me había entrado ese pánico de que en un año tendría que empezar a trabajar y vos decis: ¡no se hacer nada!

Entonces mis viejos habían sido de Escobar y me comentan que había un lugar... el patronato de Maschwitz, que ¡era más viejo que la injusticia! Y nada, era de...de...era así de artesanal la cosa, yo fui y golpee y dije ¡Hola que tal yo soy M...estudio psicopedagogía! (simulando voz de niña) y la directora del lugar la llamo a la psicopedagoga del lugar que estaba ahí y cuando me vio... ¡me agarro de los pelos! Pero bueno, claro eran 82 pibes para una sola psicopedagoga, imagínate que cae una pibita de 21 años (Risas) y me dice... ¡Tomá! Y me hizo tomar 60 chicos... ¡que me llevo todo el año pero aprendí a tomar el Wisc!

En general esos chicos tenían dificultades cognitivas y después de ahí pasé a otro lugar de adultos discapacitados y así. Me gustaba el tema.

Los pacientes que atendes en Moebius... ¿son derivados?

Sí, porque los pacientes que nosotros atendemos en su mayoría llegan con el CUD, Certificado Único de Discapacidad ehh... tienen una entrevista inicial con la coordinadora y bueno, en general el neurólogo que deriva es quien determinó que un

niño x que llega a la institución debe ser abordado de x especialidades y cuantas sesiones. Entonces viene la cantidad de sesiones que el neurólogo indica, esto es en este lugar que trabaja con CUD y bueno ahí me llega el niño, me presento ante los padres y como te decía no les doy tanto espacio a los padres.

Tomando esto que decis... ¿qué te parece que el neurólogo diga que un niño tiene que hacer cierta terapia?

Es medio... hay que transitarlo al camino, porque vos no sabes. Por ahí ¡anda a decirle a un neurólogo que tiene que compartir con el otro el conocimiento! en general les cuesta. Igual cambio bastante, cambio mucho.

¿Sí?

El área de discapacidad es otro planeta desde hace 30 años.

¿Por qué?

Por lo social, la apertura, el reconocimiento público eh... La información que tiene la gente, todo.

Yo siempre digo, cuando salíamos de excursión yo veía todo... íbamos a la fiesta de la flor, imagínate, adultos discapacitados ¡la gente salía en motoneta corriendo! (risas) se abrían las aguas, un quilombo de gente era y llegábamos nosotros y no quedaba nadie, toda la fiesta de la flor para nosotros... ¡hasta la reina salía corriendo! (Risas)

Ahora... yo digo, que una niña con Síndrome de Down haya bailado en Tinelli... hace 20 años era im-pen-sado, y esa evolución social, ósea los chicos salen a la calle, van a las fiestas em... nada, son personas.

Yo noto esto, lo social, y además el marco regulado que tiene, desde lo legal, lo médico, ahora nos falta, estamos construyendo. Ahora falta que el neurólogo diga ¡bueno, evalúenlo y después pensamos entre todos que es lo que necesita! Ahora estamos con esto... creo que caminando vamos viendo que se va a necesitar.

Por ahí es como que van sacando ¡pum! Un sello, dos de psicología, una de kinesiología...perooo va a cambiar, se va transformando. Hasta cambió el marco jurídico.

¿A qué te referís con el marco jurídico?

Total, por ejemplo los derechos, las instituciones están mucho más controladas, eso no quiere decir que haya truchadas, pero tenes que generar estrategias mejores.

Una pavada, yo iba de una institución y por ejemplo ahora para salir de excursión tenes autorizaciones, normas de seguridad, tenes un montón de pautas. Yo los cargaba en la camioneta Dodge 200 de mi papá atrás parados, íbamos desde el barrio Los Cachorros y no era yo una loca que lo hacía eh... el dueño iba o ¡chauuu! nos decía. No es que yo me los raptaba a los pibes, yo iba y decía ¿hace cuánto que no salen? Porque estaban internados ahí y muchos se iban a las casas los fines de semana y otros no.

Yo siempre bregaba por esto... ¡loco tienen que salir! Esta gente forma parte... bueno, si bien necesitan otros cuidados, obviamente, necesitan que los cuidemos, necesitan tratamiento pero también necesitan salir a pasear, reírse. Y ahí ¿a quién le ibas a pedir autorización? Bueno, yo iba con dos compañeros, yo manejaba y ellos iban atrás de la camioneta agarrados de la baranda de la camioneta e íbamos de la ruta 26 desde el barrio Los Cachorros hasta Fátima y llegábamos, hacíamos picnic, jugaban al futbol, a veces venia un profe de educación física y nos volvíamos. Por eso te digo ahora gracias a dios no existe eso, porque por suerte no me paso nada pero podía haber pasado, pasa que estaban todos tan felices de pasear que la felicidad superaba a la psicosis, todos se portaban divino, bueno, nadie regulaba nada, nadie marcaba nada.

Yo creo que si iba al ministerio de salud y decía: “mire que yo hago esto”, no sé si alguien me decía que estaba mal. No había ningún marco. Los derechos, antes los niños discapacitados, la integración... ¡olvídate!

¿Vos ahora frente a las normativas que se encuentran en vigencia como te posicionas?

Eh... como cualquier persona, si tengo mucho cuidado, entiendo que los papás tengan miedo porque viste que se están haciendo públicas muchas denuncias que yo creo que había abusos y todas situaciones que siempre deben haber existido que ahora se hablan. Entonces en eso le doy mucha confianza al papá para que el padre se quede tranquilo y todos nos relajemos y se pueda mejorar ese niño... eh, yo siempre los respeté como personas, que se yo como te respeto a vos, no sé si era tan especial.

Por supuesto tengo cuidados en el vínculo, tengo cuidado en darles confianza a los padres, que entren cuando quieran digamos, eso. Generar un espacio de confianza para todos, la familia, el niño y yo.

Dar las posibilidades, ahora hay más derechos, ahora puedes reclamar, yo siempre peleé por eso, por ejemplo de ir a una escuela a pedir integración, siempre lo hice.

¿Cómo es tu convivencia con los demás profesionales dentro de la institución?

Y... con algunos compartís líneas de trabajo, con otros no. Eh...mientras sea con un trato de respeto, me encanta que piensen contrario a mí porque siempre te muestran desde otro punto de vista la realidad, está buenísimo. Por eso yo sigo siempre, el otro es fantástico porque siempre te va a aportar algo que vos no viste o lo vio distinto. Aunque vos digas no... para nada. La mirada del otro mientras tenga un marco ético, te muestra algo que vos no viste seguro.

¿En qué ámbito de trabajo te sentís más cómoda?

Ahora me encantan las instituciones, pero me estoy cansando un poco de trabajar con grupos, viste que las patologías demandan mucho, más allá de que vos agarras un training, tenes un método, vas adquiriéndolo. Por eso yo me acuerdo de otros lugares en los que trabajo por ahí mis compañeras me dicen ¡Uy, que bueno que seguís estudiando! Pero vos lo necesitas, el respaldo de la formación todo el tiempo.

Yo siempre hablo con una amiga y me dice: ¿qué diferencia tenes vos con un taxista? Yo me subo a un taxi y hago terapia, bueno el método y tenés que conservarlo. De todas maneras son patologías que suponen un gran compromiso y te cansan.

Imaginate que yo tengo pacientes que me los cruzo en la calle, de hace 20 años y eso te da satisfacción, los ves bien, mejor, integrados.

Yo le armo a cada paciente su sesión todavía.

¿Cómo?

Yo todo lo dejo como estaba, con un pequeño cambio siempre, pero con cosas que sé que les gusta y bueno...

Respecto del diagnóstico normativizado ¿qué posición tomas?

Lo indago, lo cuestiono, lo pregunto y bueno. Lo que pasa es que ahora, si lo tengo en cuenta lo leo, más que el diagnóstico leo mucho las anamnesis, me interesa mucho para saber, para ir subjetivando a ese niño, ver sus características y que sea todo muy personalizado. En base a eso preparo las sesiones, que puede resultarte que sirva o no y bueno.

El diagnóstico influye, imagínate que te digan “tenes un hijo autista”...para el niño más que nadie, que tiene ahí el sellito. Ellos se dan cuenta lo que generamos los otros, en la mirada, como te miran los demás. Tantos años y siempre pienso lo mismo ¿cómo serán las imágenes mentales de un niño autista por ejemplo? ¿Cómo verá los ojos del otro? ¿Cómo los miraremos? ¿Qué ojos les ponemos cuando los miramos? ¿Viste? ¿Qué rostros ven ellos?

¡Anda a saber! Vos vas por la calle y ves un nene discapacitado y todo el mundo pone una cara particular y ellos perciben esto...imagínate que... ¿cómo los posiciona?

De la ley de salud mental ¿tenes algo presente?

Eh... soy vaga para eso, si no las veo en la institución en grupo bueno...esa es otra función de los grupos. Sé de qué se trata... favoreció un montón, estas leyes te marcan, adhiero. Los resultados se ven. El contexto influye, el discapacitado esta en este mundo por eso dicen: “están en su mundo”, no, están en nuestro mundo, en este mundo. En frente mío siempre hay una persona.

24 de Junio de 2019.

Entrevistador: Reyes, Melina Daniela

Entrevista D.

¿Cómo fue tu formación profesional? ¿Qué profesión tenes?

Yo estudié en Corrientes Licenciatura en Kinesiología, en la Universidad Nacional de Nordeste que se conoce como UNE allá y me recibí hace 10 años aproximadamente. Trabaje los primeros años allá en Corrientes más o menos 5 años y hace 5 años que hace más o menos que estoy trabajando aquí en Buenos Aires.

¿En Moebius hace cuánto tiempo estás?

En Moebius 3 años, también trabajo en APANE y en el Centro de Kinesiología Municipal y ahora también estoy en el Hospital. Siempre desde el área de discapacidad, desde la rehabilitación motora en niños.

¿Siempre te abocaste a la discapacidad desde un comienzo?

Si... porque siempre me gusto, siempre me incline para la parte de niños y es como la parte más importante de la neuro rehabilitación y después bueno uno empieza a pensar, se va formando en esa área y después un camino que ya empezás a transitar y cada vez te vas metiendo más y aunque te mudas siempre vas buscando eso y después ya estás en esto.

¿Cómo accedes a los pacientes con los que trabajas en la institución?

Claro, en la parte de indicación de rehabilitación necesita hacértela el médico siempre.

¿Qué médico?

Puede ser el médico pediatra que vea que algo en el niño no este con las pautas de crecimiento, que no esté acorde a la edad, finalmente a veces el pediatra puede llegar a ver que el niño no esté acorde a la edad y de que no está en relación al desarrollo o que ya tiene un antecedente, por ejemplo algún problema en el parto o post natal, ósea ya tiene un antecedente de un diagnóstico entonces ya te lo derivan a hacer rehabilitación, desde muy pequeños.

Por ejemplo en el hospital ya desde la neo te llaman porque tuvo un problema en el parto y ya se sospecha que hay una lesión y entonces uno de bebe ya lo va evaluando desde las primeras adquisiciones motoras si las va adquiriendo o no.

¿A qué lesiones te referís?

Lesiones cerebrales generalmente, sí generalmente una lesión en el parto por hipoxia, isquemia eh... le falta oxígeno al cerebro, hay una lesión y hay una manifestación motora, entonces el chico ya no va a adquirir todas las pautas motoras acordes a la edad.

¿Y tú función es para trabajar que puntualmente?

Claro, para facilitarle al niño que adquiera eso y alrededor de los tres meses tiene que sostener la cabeza, a los cuatro o cinco meses tiene que empezar a sentarse y a los seis meses tiene que tener un sentado ya. Después tenes que facilitar el gateo, después tenes que facilitar que se pare y después la marcha, que son todas las grandes adquisiciones del niño, pero de ahí en más te podes quedar...hay chicos que tienen una lesión tan severa que nunca llegan a sostener la cabeza por ejemplo.

¿Cómo te vinculas con estos pacientes?

Es difícil, porque la verdad que es difícil no involucrarte, es muy difícil no involucrarte, porque hay un niño, detrás del niño hay una mamá que uno dice... la mamá cuando tiene un niño con discapacidad es como un castillo que se derrumba arriba de la mamá porque uno no espera eso, uno espera un niño normal. No se imagina un niño con problemas ¿no? Entonces es una mamá que está pasando por un momento difícil de aceptación y un papá y un niño que tiene dificultades y no podes no involucrarte. Si o si te terminar involucrando con la familia y a mí personalmente me paso que ahora que soy mamá, te, te, te toca aún más, porque vos decis bueno...puede ser mi hijo ¿entendes? Como que te lo tomas de otra manera....que uno sea mamá se termina involucrando aún más me parece.

Pero siempre es importante tener un equilibrio, tampoco tener demasiadas expectativas a veces porque te frustras, hay chicos que son muy severos y que los objetivos son muy bajos a lo largo de mucho tiempo...

¿Cómo por ejemplo?

Esto que te decía de sostener la cabeza, uno dice bueno, quiero que sostenga la cabeza, que se siente, que gatee y quizás nunca lo adquiriera. ¿Entendes?

Los objetivos tienen que ser muy simples porque si uno se plantea grandes objetivos nunca los alcanza.

¿Los objetivos los planteas de forma individual o en equipo?

Uno siempre lo habla en el equipo siempre, si es más el área motora uno trabaja más con la Terapeuta Ocupacional, si es más ehh...de sostén familiar o emocional lo trabaja con la Psicóloga ¿no? Siempre hay un equipo al que te referís

¿Tienen reuniones de equipo?

Si, y a veces estoy, algunas otras no. Ahí cada uno aporta lo que puede hacer desde su área y más que nada aporta la inquietud que uno tiene o por ejemplo mi inquietud siempre es más desde lo psicológico por ejemplo porque yo como desconozco a veces bueno...la pregunta es y bueno ¿qué hago? ¿Qué le digo a esta mamá? O la veo a la mamá muy frustrada, muy desanimada o no me cumple con lo que le estoy pidiendo entonces te das cuenta que algo le está pasando y que necesita un apoyo esa mamá o el papá. Entonces uno siempre recurre a sus compañeros.

Porque no es solamente el área motora, no está solo eso o le falta motivación, algo siempre va todo englobado. Es difícil hablar y decir bueno “que sostenga la cabeza, que se siente, que camine”.

Claro.

Y a veces pasa por ejemplo en otros chicos que tienen una buena condición motora pero por ejemplo no tienen lo cognitivo, no tienen la motivación...

¿Cómo haces ahí?

Ahí es más difícil porque como... a veces lo motor le da pero le mostrás algo en frente y no le interesa. No tiene estímulo, no tiene interés, no tiene...no se conecta, entonces tenes doble dificultad.

Y a veces tenes otros chicos muuuuuy comprometidos motoramente pero que están atrapados como en un cuerpo ¿viste? Que vos decis este chico tiene toda la intención para caminar, toda la intención para jugar, pero está atrapado, atrapado en un cuerpo que no lo puede manejar.

Con todo esto que me decis ¿cómo haces?

Y... les hablo, siempre, siempre les tenes que hablar, charlar, jugar, darle lo que le gusta, porque si le gustan los autos le das los autos...eh... a veces les gusta que les abracen, a veces no le gusta. Por ejemplo cada chico es particular.

A veces es difícil... pero a veces tenes que ser muy realista, muy realista y desde el principio... y también depende de la patología porque si es una PC.

¿Qué es una PC?

Una parálisis cerebral, vos sabes que es una lesión estática y esa lesión está y la manifestación que vos tenes en el cuerpo es lo que está, lo que queda.

Ahora si vos tenes una patología degenerativa por ejemplo, una patología degenerativa muscular, vos sabes que eso empeora, entonces eso todavía es aún más difícil porque vos decis lo que logro hoy, dentro de dos o tres meses lo puede perder, porque la patología continua es evolutiva, no es estática la lesión. Entonces ¿viste? O tenes un margen de edad... vos sabes que por ejemplo la patología de Kuchner que es una de las homeopatías... vos sabes que duran de diez a doce o quince años más o menos, ese rango de edad manejan ¿viste? Y vos sabes que un niño está empezando a llegar a los diez y se está deteriorando vos también tenes que hacer ese sostén familiar... que no es un nene que va vivir muchos años... porque las patologías si evolucionan y vos sabes que eso tiene un fin a corto plazo. Es esa cantidad de tiempo, porque los músculos se van deteriorando, van perdiendo fuerza hasta llegar a la parte cardiorrespiratoria y ahí ya no tenes, ya es la clínica que se altera.

Pero eso es más difícil porque vos tenes también que contestar a las preguntas de los papás ¿entendes? O un Síndrome de West por ejemplo que tienen convulsiones, entonces decis bueno lo que logre hoy quizás tuvo una crisis convulsiva, no logran estabilizarlo clínicamente y perdes lo motor otra vez. ¿Mm?

Desde tu intervención profesional ¿pudiste cumplir alguna satisfacción personal?

Si...si ... sí, cuando quiero que se pare, quiero que tolere estar parado aunque sea en el bipestador, a veces por eso te digo, si vos te das cuenta que lo motor no lo va a lograr uno no se va a poner como objetivo que camine pero son objetivos como que tolere estar en el bipestador, que pueda lograr un sentado, ya le favorece un montón, no es lo mismo un chico que está acostado que un niño que logró sentarse... o que vos decís bueno quizá no logró caminar pero bueno está sentado.

Eso en el vínculo familiar favorece, para que pueda estar de otra manera sentado en la mesa, puede salir a comer algo y estar sentado. Uno no piensa solamente en la patología, piensa en el contexto del chico, porque a ese chico le va a devolver... lo que va a obtener en la adquisición, desde lo emocional, lo familia, lo vincular.

¿Tenes pacientes a los cuales les das un alta?

La verdad es que es muy difícil el alta, si es muy difícil porque o tienen que ser lesiones muy leves que tenga un compromiso muy leve, que vos digas bueno llego a cierta edad y que vos digas le haces un seguimiento, de una vez al mes, una vez cada seis meses, que vos digas bueno vamos a controlarlo, vamos a ver si todo sigue funcionando bien, entonces uno va prolongando las visitas pero si es un paciente muy comprometido es muy difícil darle el alta porque lo tenes que mantener a lo que lograste y seguir teniendo objetivos leves, aunque sea leve lo que lograste....

¿Cómo es tu relación con los diagnósticos de cada chico?

Y... el diagnostico sí, porque sobre todo en estas cuestiones si la patología es evolutiva pero más allá del diagnóstico lo que importa es la manifestación clínica ¿Qué te da esa lesión? Si te da un compromiso global del cuerpo, si te da un compromiso de una hemiplejía, te da compromiso de una paraplejía, entonces en base a eso ¿qué tenes clínicamente? Es con lo que vas a pactar la rehabilitación.

Los padres preguntan mucho por los diagnósticos, esto de si va a mejorar o sobre todo la expectativa de los papás que tienen esa expectativa de que se va a sanar... eso tenes que responderlo de una manera equilibrada porque decís bueno... podemos mejorar pero no resolverlo totalmente, porque no le podes crear falsas expectativas a un

papá...es la verdad y bueno a veces son cosas irreversibles son niños con una lesión, una lesión que está.

En relación al marco normativo que tenemos en nuestro país ¿tenes en cuenta alguna normativa o ley en particular?

Eso es sumamente importante a pesar de que sea algo más específico de la Asistente Social o que generalmente habla con los padres, les informa... como pasan mucho tiempo con nosotros los padres porque en general cuando vos ese tiempo que estas teniendo al hijo el papá está con vos... entonces en general tenemos mucha confianza.

¿Pasan siempre a tu sesión?

Generalmente sí, sobre todo si son chiquitos. Yo prefiero que si son chiquitos pasen con los papás, porque si lloran, si...después es tu palabra dentro del consultorio con un papá afuera que quizá le da incertidumbre saber que estás haciendo con el hijo. Sobre todo hasta que se toma confianza con el profesional y muchas veces, muchas veces contribuye positivamente que el papá este adentro y otras bueno, no... hay casos y casos, uno lo evalúa. A veces entra el papá y los nenes se portan re mal y conviene que este afuera.

Pero generalmente el padre te pregunta sobre el Certificado de Discapacidad si se vence o no, si sacar los turnos, donde sacar los turnos, uno siempre lo va asesorando. Si tiene hecho la pensión o no. Asesorarle que si tiene hecho un carnet de discapacidad la obra social tiene la obligación de darle la cobertura de las prestaciones, de las terapias, desde el pase en el colectivo, hay papás que no saben. Que no saben o que tardan dos o tres años en hacer la pensión o... o se venció el certificado y no sabían que eso tenía que hacerlo antes de que se llegue a la fecha de vencimiento, porque si se te venció hoy el carnet mañana se te termino la cobertura. El papá generalmente desconoce esas cosas entonces uno siempre le va informando...

25 de Junio de 2019.

Entrevistador: Reyes, Melina Daniela

Entrevista E.

¿Cuál es tu profesión? ¿Qué formación tuviste y en dónde? ¿Podrías contarme algo sobre eso?

Bien, bueno mi primer carrera fue la Licenciatura en musicoterapia, estude en el salvador hace muchos años, no había musicoterapia en ningún lado, entonces yo me recibí en el salvador en el 82 eh... luego tuve alguna experiencia laboral recién recibido y después me fui a Francia, me salió una beca para ir a trabajar en la Escuela de Bonneuil entonces... habían organizado un congreso una vuelta en Capital y ahí conocí al que era en realidad el director porque Mannoni estaba grande y bueno tenía un director, Maud Mannoni y el lugar de allá... bueno vos habrás leído “El niño retrasado y su madre” supongo y ellos tienen una institución que van los chicos, algo que los caracterizaba y los caracteriza es la forma en la cual nombran las cosas, de forma diferente digamos eh... podría ser lo que acá se nombra como Hospital de Día.

Bueno ahí estuve 4 años y el centro de trabajo de Bonneuil, el lugar se llama Escuela Experimental de Bonneuil eh... está puesto el acento más que nada, es una institución estallada, donde esto quiere decir que lo que uno pueda conseguir para que hagan los chicos fuera del colegio tiene más prioridad que dentro de la institución porque la idea es trabajar con los chicos en el exterior, con cosas que tengan que ver con su deseo, el tema era encontrarlo...

Los fines de semana los chicos se podían ir a la casa de los padres, en general se quedaban en las casas, porque en la escuela había casas en las que se quedaban los chicos y estaban a cargo de un pasante, ósea yo y un coordinador. Ahí yo no hacía muchas actividades dentro de la escuela, hacía el taller de música por ejemplo y algunas reuniones pero en realidad yo estaba en la casa, los llevaba a la escuela y los iba a buscar a las cinco de la tarde y después eran cuestiones más cotidianas para la casa. Esto quedaba a las afueras de París.

¿Cómo te comunicabas al comienzo? ¿Sabías hablar el idioma?

Eso era trabajado hasta terapéuticamente el tema del idioma, no sabes los avances que se tenían extra a partir que hay un tipo que no sabía hablar bien y el pibe, psicótico, si

sabía y por ahí ... de hecho hay un libro de Mannoni “El saber que no se sabe” y un poco habla de esto, que en realidad el saber siempre está puesto en alguien que se ubica por arriba de los demás y...todo el saber no lo tiene uno, no hablo del libro puntualmente pero si de las experiencias de vida que tienen esto y ves en los chicos ... a mí me paso de estar por ejemplo quejándome o retando a uno que a veces dejaban un desastre la casa o el cuarto y yo haciéndome el malo diciendo... “este cuarto es un desastre...” cosas hogareñas... “ahora te voy a pedir que juntes los pantalones y las zapatillas y guardes todo en el...” y me quedaba señalando el armario porque no me acordaba como se decía en Francés y el pibe estaba ahí mirándome y me dice “armoire” con cara de ¿no sabes lo que es?... bueno eso es un ejemplo. A mí me hizo morir de risa... y a él también... y ahí fue... hacen que se pongan en otro lugar... ¡él sabía algo que yo no!

¿Tú trabajo actualmente cómo es?

Acá... hago musicoterapia, son chicos muy jodidos los que vienen, muy comprometidos, pero no sabes los cambios que yo veo en ellos en varios meses... sí. Es diferente, es una institución y trabajas en un cuarto de dos por dos y tenés los instrumentos, la música... el tema es hacer algo ordenado, que tenga principio desarrollo y final eh... algo que pase por lo... ósea hacer que el chico acompañe, escuche y tenga una producción propia eh... eso es como que hay que tener mucha muñeca para poder ver que esos tres momentos surjan es lo mejor que puede pasar...

¿En qué consiste el trabajo de la musicoterapia?

Son varios aspectos los que trabajamos desde la musicoterapia, uno es el de... el diálogo no verbal, el diálogo sonoro, estar atentos a cuando se produce, eso implica una producción propia del chico que generalmente no hablan, tienen el vocabulario muy limitado y los instrumentos es como que habilitan una especie de diálogo... llevado a cualquier plano es como cuando vos te juntas con músicos a improvisar o a zapar como quien dice...son diálogos, vos estas tocando y hay un contacto con la mirada...de hecho todos los guitarristas, la guitarra es un instrumento que en cuanto al sonido te transmite sobre todo cuando uno toca en la cara...

Eso quiere decir que la música según los sonidos se transmite en lo corporal en distintas partes del cuerpo, todo lo que son los bajos por ejemplo, yo soy bajista también... viste que los guitarristas cuando puntean sacan la lengua por ejemplo, el sonido agudo te lleva a esta parte del cuerpo (se señala la cara) y en cambio el bajo, que es lo que toco yo, te lleva como para adentro (se señala el pecho) son todos los sonidos graves y los bajistas, muchos de los bajistas cuando tocan son los más tranquilos del grupo, vos los ves a los bajistas...por ejemplo el de los Rolling Stones se queda parado porque su propio sonido lo lleva adentro... cada persona tiene una especie de identidad sonora musical que en el caso de vos poder reconocerla cuando estás trabajando con un chico eh... Te facilita mucho el camino a que se produzca un ida y vuelta porque vos sabes por donde llegar ¿no?... siempre desde lo no verbal.

Uno habla tocando... hablas sin palabras, hay un chiquito que tengo ahora que hace cinco meses cuando llego era... ósea dio vuelta todo y tiro todo y tenes que verlo hoy, se queda sentado elige un instrumento, se queda escuchando, repite algunas palabras que va escuchando y ahí se produce un canal de comunicación que en general está bloqueado en chicos con estas patologías severas y bueno... uno va y viene.

Una de las cuestiones de las que quería que me hables un poco es de como ves a los chicos...

Y... vos sabes que yo durante muchos años no trabajé con chicos tan chiquitos... entonces estaba haciendo un posgrado en Mayéutica y me encontré con la directora de la institución y bueno... ahí retomé el trabajo con chicos.

Es difícil hacer musicoterapia en el ámbito de la discapacidad porque es difícil que venga un pibe y lo primero que hace es romperte todo, lo quieres matar, hay que estar muy atentos y tener paciencia que son cosas que te las da la experiencia... pero eso los chicos lo perciben cuando vos te pones así y parece que te lo hacen peor, pero por supuesto no es consciente.

A veces hacen quilombo como a propósito, pero los quilombos de ellos por ahí son para nosotros, para el neurótico, excesivo y para él es propio de...no miden eso, vos podés ir captando después en que momento va a surgir el quilombo, de poder anticiparte a eso y es fantástico.

Me gusta trabajar con chicos, descubrí que me siento cómodo con respecto a mí mismo frente a un chico complicado, que eso es lo que te decía...yo me siento cómodo y creo que le transmito eso al chico...

Es difícil...para esto te sirven las reuniones de equipo también, vos vas trabajando estas cuestiones, a mí me gusta trabajar en grupos y me gusta coordinarlos también... en las reuniones se eligen los pacientes en los que más haya que hacer un análisis y bueno en los casos en los que no podemos estar todos los profesionales que lo atienden por ejemplo, me ha pasado de no poder estar porque yo voy a Moebius únicamente los lunes, entonces mando todo un escrito para que se tenga en cuenta en la reunión de lo que yo pueda aportar de ese pibe y no me mandan una evolución pero después me lo comentan. Es importante la información de las otras áreas, me gusta poder estar en la reunión.

Respecto de los tratamientos... ¿cómo los llevas adelante?

No sé... los objetivos están escritos cuando vos empezas a estudiar, la musicoterapia sirve para esto, para esto y para esto... y en alguno de todos esos puntos vos lo vas a encontrar al chico y vas a encontrar un chico que eh...necesita ese tipo de tratamiento...

¿Cómo por ejemplo?

Y... por ejemplo, pibes con...que ahí hay un par...con muy poco vocabulario pero no por un problema eh... no sé qué tiene un problema en el habla, que no va a poder hablar, hay chicos que no hablan y vos ves como encuentran poder ubicar alguna palabra eh... por el hecho de usar instrumentos como objeto intermediario a la voz, pero vos vas a encontrar todos los puntos para los cuales es bueno la musicoterapia eh...bueno lo vas a poder aplicar. Yo veo chicos con problemas en el habla, con problemas desde lo motriz donde hay muchas cosas que se pueden hacer con musicoterapia desde lo emocional a través de los instrumentos que provocan ese acercamiento que estos chicos con una patología grave por ahí no tienen ese acercamiento hacia el otro, vos pones los instrumentos y creo que enseguida va a pasar algo, como primer acercamiento a un chico que tenga este tipo de dificultades o cero

probabilidades de que se establezca un ida y vuelta como primera indicación estaría bueno que hagan musicoterapia.

¿A través de todo tu recorrido te parece que has podido cumplir satisfacciones personales en la práctica?

Uh si... a pesar de que atender en consultorio externo es muy limitado, porque no está esto... la posibilidad de ver eso que vos trabajaste se vuelca en lo cotidiano, eso lo podía ver más en Francia.... Vos acá estas un tiempo con el chico en el consultorio y después mucho no sabes... yo allá trabajaba más en lo cotidiano, con lo cotidiano. Por ejemplo una vez nos fuimos a pedalear con un pibe de 13 años y yo lo escuche decir cuando íbamos en la bici por el medio del campo “adoro esto” y de golpe dijo eso... una frase que... que llevada a su problemática era un cable a tierra tremendo porque habla de algo placentero, de un pibe que no habla y tiene que ver más con lo cotidiano...

¿Cómo ves las normativas que se encuentran en la Argentina actualmente?

Vos sabes que esto cambio mucho desde los '90 en adelante eh... cambio para mejor en muchos sentidos porque los lugares que a veces estaban abiertos y habilitados no tenían el mínimo resguardo como ser un vidrio que no se rompa eh... que se yo, un botiquín, las cosas básicas, antes era muy fácil abrir y habilitar un lugar... yo mismo he vivido cosas por falta de información... pero se trata de ir buscándolo. La Ley de Salud Mental por ejemplo... es muy linda, está bárbaro pero eh... no sé qué decir al respecto porque no se implementa todo acá.

Los chicos que van a la institución son chicos que van a hacer tratamientos específicos, actividades separadas, musicoterapia, psicología, kinesiología, ahora las obras sociales lo reconocen, antes creo que existía solo el centro de día o el hospital de día, acá vienen por una actividad y después se van, es más piola porque te permite hacer otras cosas como la integración que antes por ahí tampoco existía ir a la escuela común, por ahí les exigen un acompañante al lado. Yo mucho de los chicos que atiendo van a jardines o colegios y están integrados.

Es difícil la integración del discapacitado, si se puede hablar y se puede decir, queda muy lindo decirlo pero...yo creo que... porque a veces la misma palabra integración suena a que sea todo perfecto pero siempre hay una mirada extraña sobre el discapacitado no sé eh...por ahí yo a la mirada la pongo siempre en que la persona... de qué forma puede tener un lugar a una experiencia donde la vida es posible y por ahí siempre trabaje con ese sentido, en ese sentido.

Se mezclan un poco las cosas porque por ejemplo en la discapacidad...la palabra ya me parece horrible, no me gusta... y uno ve los supuestos no discapacitados los ve en la realidad y hacen cosas que no... que no las hace un discapacitado de verdad y este... no, es una cuestión de términos, de definiciones, de un sello que le ponen a un chico como discapacitado pero bueno es la realidad...son discapacitados. Hoy yo atendí a una nena que es parálisis cerebral y tiene el cuello hasta sostenido, son chicos que están jugados de por vida en ese tipo de discapacidades... emmm...

Me quede enganchado con los ejemplos de las experiencias que tuve en Francia... ay otro ejemplo que fue también así de importante con un chico que bueno, un pibe que había sido atendido mucho tiempo, un chico de unos 18 años, negro de raza, con el pelo afro y un pibe que no solo que hablaba muy poco sino que no se podía quedar sentado, prácticamente no podía quedarse sentado y giraba a la vez que caminaba, provocaba mucho rechazo, tenía una voracidad terrible tiraba todo...y él vivía en Normandía y había que estar con el ... hasta de noche hacia esto de caminar girando y con el trabajamos mucho... pero bueno lo importante es que un día en un paseo que hicimos a la costa, a hacer una caminata y después íbamos a un pueblito a tomar algo... íbamos a los bares y yo entrar con el pibe este que no paraba de girar...bueno...una vuelta yo empecé a actuar más conductualmente con él por este tema... y me paso un día de ir caminando con él, él nunca iba al lado mío, iba a tres metros, cuatro, cinco y de golpe me acuerdo que en un momento me decía eh eh eh ...”¿te diste cuenta que no giro?” y yo ni me había dado cuenta de eso... ¡un pibe que ni hablaba! ¡Fue increíble eso!... por eso digo que el efecto de estar en lo cotidiano es diferente. Ojalá alguno despegue para poder tener una vida posible, que sea posible su experiencia de vida...

Acá...los certificados de discapacidad han pasado en los últimos 10 años... por poner un numero han pasado a ser de 10 mil discapacitados a 150 mil con certificado de discapacidad, no debe ser muy lindo tener un diagnostico así, los pibes andan con el cartelito acá (señala su frente)... tenes un papel que dice que sos discapacitado... pero bueno el espectro es muy amplio, la discapacidad es un ámbito, esto de ir a poner el cuerpo... yo estar agachado con las sillitas con los nenes...que se yo.

26 de Junio de 2019.

Entrevistador: Reyes, Melina Daniela.

Entrevista F.

Bueno... en primera instancia me interesa saber ¿cuál es tu profesión y como fue tu formación profesional?

Eh... soy Licenciada en Terapia Ocupacional recibida en la Universidad de Buenos Aires eh... en este momento estoy haciendo una especialización en neuro rehabilitación y también trabajo con niños en Moebius.

¿Qué es lo que haces desde la Terapia Ocupacional dentro de Moebius?

Al ser niños con los que trabajo más que nada me baso en teorías del desarrollo y de integración sensorial dependiendo de las patologías, en patologías más motoras si me baso más en lo que es neuro-desarrollo y en autismo y TEA uso mucho lo que es integración sensorial, lo que es favorecer la integración de los estímulos, como les afecta esto a los niños, también averiguo cuál es su rutina, mucha charla con los padres, los padres también requieren mucha orientación en todo lo que es esto porque en general tienen muchas dificultades para entender lo que le pasa a este niño con estas dificultades más sensoriales porque es como un poco abstracto de ver y... y más en el autismo, vos ves un niño que estructuralmente está bien pero tiene muchos padecimientos a nivel interno y no pueden procesar los estímulos del medio ambiente de manera adecuada y sufren mucho y les cuesta mucho adaptarse... digamos... más que nada eso.

También averiguo como realizan sus actividades de la vida diaria como lo es la higiene personal, cepillado de dientes, alimentación, como son sus rutinas en la casa y que esto organiza al niño y también le da un sentido y también tiene que cumplir dependiendo la edad ciertos hitos del desarrollo y estas áreas de las actividades de la vida diaria tienen mucho que ver con cumplir estos hitos y en estos niños está bastante retrasado en general entonces bueno ir cumpliendo de a poquito esos parámetros si es que se puede y bueno... partir desde donde está el niño en ese momento ¿no?

Tus primeras entrevistas... ¿son con los padres, con los chicos?

En general vienen los dos, los padres acompañados del niño, para mí lo ideal sería que solamente vengan los padres en un principio para poder hablar mejor, porque en

general vienen con el nene y el nene interrumpe va viene.... Igualmente también si viene con el niño te da información de cómo es ese niño con esos padres o cual es el rol de cada padre también ¿no?... en general uno de los dos tiene un rol más activo o lo conoce más, tiene una mirada distinta en general ambos padres tienen miradas distintas del mismo niño y... bueno nada...

¿De eso como te podes dar cuenta?

Por ejemplo, la mayoría, no en todos porque siempre hay excepciones pero por ejemplo la mamá siempre conoce un montón más o es más realista con lo que le pasa al chico... no sé... el papá te dice ¡ay no, el hace todo, entiende todo! Y la mamá te dice... ¡esto le cuesta, acá hace berrinches...esto está mal...esto está bien! El papá en general es un poco más protector o también es como un poco más ausente... como que le resta importancia, yo siento eso, como que a veces eso pasa mucho con los papás o esto de no tener registro de lo que está pasando, es como muy difícil orientar y educar a los padres en lo que ese niño está padeciendo porque como que no...no llegan a comprender la magnitud del sufrimiento pero... en los casos más severos ¿no?

¿Cuáles son los casos más severos?

Y... para mí los de autismo que no tienen habla, que no pueden expresar lo que les pasa eh...si tienen algún tipo de sufrimiento se pegan, se auto agreden, se muerden, tienen estas ecolalias constantes que también perturban mucho la dinámica familiar ¿entendes? Porque esta todo el tiempo el chico “aaaaa....aaaa....aaaa”... entonces eso perturba mucho a los padres porque no saben cómo ayudarlo o no sé... que no puedan ir a un lugar público porque el nene se dispara, empieza a gritar, se golpea, golpea a los otros... es estar constantemente cuidando a ese niño y altera muchísimo a la familia.

¿Cómo trabajas con los chicos en estos casos que me contas?

Y en esos casos eh... primero los conozco, cuesta mucho conocer que es lo que les gusta, que es lo que los hace regularse, como buscar esa auto regulación de que estén calmos y también darles estrategias a los padres para que lo hagan en la casa...

¿Cómo?

Eh... bueno si está muy alterado llévalo en tu casa a una habitación que este con menos estímulos, más oscura, lo envolves, le das como esa sensación de protección porque en general es como que ellos se sienten amenazados por el medio y aparte es súper variable... cada niño con TEA eh... por algo es Trastorno del Espectro Autista es totalmente diferente de uno al otro y más con problemas de la integración sensorial, cada uno tiene como diferentes reacciones ante los estímulos.

¿Qué sería la integración sensorial?

Es como por ejemplo... te voy a dar un ejemplo porque es medio difícil... todos los estímulos, los sentidos se dicen que son siete sentidos, ósea los cinco sentidos que conocemos: gusto, olfato, visión, tacto y oído... después tenes propiocepcion y vestibular, la propiocepcion tiene que ver con cómo sentimos nuestro cuerpo eh... donde, la localización de todas las partes de nuestro cuerpo que tiene que ver con el esquema corporal y la percepción de nuestro cuerpo en el espacio... y lo vestibular tiene que ver con el equilibrio, también viene por el oído, todo lo que tiene que ver con el equilibrio y sensaciones de equilibrio eh... lo propioceptivo y lo vestibular también pueden alterar el nivel de tono de los chicos, por eso ves nenes que son como muy blanditos, muy torpes y les cuesta mucho ...

¡Ah... mira!

¿Viste? Y les cuesta mucho porque primero no saben dónde está su cuerpo en el espacio, sienten como una especie de fragmentación... hay muchos autores que hablan del autismo como que el niño se siente fragmentado en cuerpo y en mente, por eso también tanta desorganización a nivel conductual, que vos lo ves más a nivel conductual pero en realidad es como interno... y bueno nada, todos estos sentidos están alterados... no los sentidos sino como los procesamos. Por ejemplo vos ves esa luz (señala una lámpara encendida), te satura un poco, te encandila, pero bueno vos ves la manera de adaptarte y pasaste, no te genera como algo nocivo, como que te invade ¿entendes?... pero estos nenes no lo llegan a procesar entonces o lo sienten como una amenaza o no lo sienten.

Tenes nenes que desde que vos los tocas te rechazan y no quieren que los toques o tenes nenes que se pegan un palo enorme y no sienten dolor por ejemplo, entonces ahí

tenes...no es que la vía del dolor desde lo estructural está afectado sino en cómo integran esos sentidos... es muy complejo pero es muy interesante porque se da muchísimo.

¿Los chicos con los que trabajas cuentan con un diagnóstico establecido?

En general si porque vienen con el certificado de discapacidad, para poder atenderlos institucionalmente creo que se les da...si o si tienen que tener el CUD tienen que hacer unos tramites entonces el nene tiene que tener certificado de discapacidad y ese certificado de discapacidad le da un diagnóstico, pero en muchas ocasiones para mí a veces ese diagnóstico que está en el CUD a veces no es tan acertado y tan certero sino que a veces... no sé... lo más común es que diga “trastorno del desarrollo del habla, autismo en la infancia” y a veces para mi es una cuestión más de hipo estimulación...

¿Qué es la hipo estimulación?

Desde el desarrollo, que no se desarrolló bien o que se lo estimulo poco de niño ¿entendes? De estimulación temprana y quizás ese chico con un poco de tratamiento puede seguir adelante y no precisamente es un TEA y tenés otros nenes que tienen diagnostico como más leve y son más severos o vienen con diagnóstico de TEA y tal vez hay una psicosis medio rara o por desarrollarse ósea eso es lo que yo veo en la clínica que se yo, que muchas veces el diagnóstico es como muy genérico ¿viste que le dan el diagnóstico para que le den el tratamiento? Y a veces nada... hay que ir escarbando y cuando vas escarbando vas encontrando otras cosas digamos...

¿Qué diferenciación ves en esto que me decis de un diagnóstico de TEA y una psicosis en la infancia?

Si bien hay cosas que se pueden confundir...el TEA en general tiene cuestiones como más este... se ve una gran dificultad en lo que es vincular, en lo que es social como que es más acentuado y cuando ves que empiezan a aparecer cuestiones como más del comportamiento, como esta cuestión más primitiva de intentar dañarte o morderte o algo... y sentir y ves que se ríe y como decis ... bueno hay un cierto placer en... es como algo más perverso pero como que no llega a ser... pero que se confunde con el TEA porque tiene un montón de síntomas como más sensoriales como esta cosa de no

tolerar ruidos, de no tolerar ciertos estímulos como que lo toquen o ... o no sé... a veces puede aparecer así como medio camuflado pero a veces pueden aparecer en combo, yo creo que un diagnóstico no excluye al otro pero también pasa esto, es muy difícil diferenciar y te puedes encontrar con estas cosas raras (risas)

Ahí por lo menos yo siempre insisto y a los papás les cuesta un montón eh...que hagan consulta con psiquiatría, ellos se quedan siempre con la mirada del neurólogo pero para mí también es importante la mirada del psiquiatra porque el psiquiatra va a poder pesquisar cosas más que tienen que ver con la estabilidad psíquica... ¡bueno el psiquiatra sabe más! Y tal vez con una medicación ese nene puede estabilizarse y ser otro nene ¿entendes? Hay mucha diferencia... si ya con la medicación bueno no se logró estabilizar...bueno si vamos más por el autismo porque hay cosas que se mantienen...pero si tiene que ver más con una psicosis con la medicación tal vez baja un poco estos niveles de ansiedad, de angustia, de desregulación, desorganización...

¿Esto que me decis lo comentas con los padres directamente o previamente se habla en la institución?

Y... yo prefiero antes, cuando empiezo a ver cosas que me exceden o tal vez que no conozco mucho entonces hablo con algún psicólogo o le pregunto al psiquiatra y le digo...mira vi esto ¿vos que pensas?... y bueno me dice...si quizás habría que verlo o no.

Por ejemplo hay un nene ahora que a mí me preocupa un montón y le fui a preguntar al psiquiatra... y para mí tiene un nivel de fragmentación enorme, es muy severo, es muy difícil y él me dice... puede ser que tengas razón... entonces lo tiene que ver y evaluar. Yo busco opiniones, también hablo con el psicólogo y le pregunto: ¿vos que pensas de derivarlo a psiquiatría? Y me dice sí, yo también pensaba hacer lo mismo... ¿Cómo está con vos? Conmigo hace tal cosa...entonces voy viendo en las distintas áreas como se comporta ese niño, si no es la cuestión con mi espacio o con algo que yo haya hecho o alguna actitud, porque a cualquiera... no a todos le caemos bien, no todos los pacientes reaccionan bien y bueno, si estamos de acuerdo le damos la misma indicación desde las dos áreas... con este nene en particular yo le sugerí un montón de veces, hace un montón le vengo sugiriendo que haga una consulta con psiquiatría y la

mama me decía si... si ... si y después cuando lo vio la médica clínica enseguida le dijo no... tenés que hacer consulta con psiquiatría y ahí recién tomo turno con psiquiatría...entonces te pasa...

¿Qué pensas de eso?

Tiene que ver con una mirada de la medicina, con una mirada más hegemónica, nuestras profesiones si bien están en este momento...terapia ocupacional recién se conoció hace poco, es una carrera muy nueva y psicología también comenzó a tener más poder y bueno nada...creo que se empezó a conocer un poco más el trabajo desde otros ámbitos... pero la mirada medica siempre es más importante porque la mirada de la sociedad todavía está como en este modelo medico hegemónico.

Si bien las cosas están cambiando porque hay un modelo social que apareció y este modelo social está más abierto a otras profesiones y también a ver la mirada de la persona en su totalidad y no solo desde lo orgánico y lo estructural y ver la discapacidad con otros ojos, pero socialmente creo que todavía estamos lejos de tener esa mirada...ya sea en lo que es inclusión, en lo que es equidad, en todos estos conceptos que no son tan nuevos pero creo que se quedó todavía el modelo clásico y eso va a tardar en cambiar... y más que a veces vienen papás con bajo recuso a nivel cultural, entonces bueno cuesta un poquito más.

¿Cómo te ves frente a estos padres?

Muchas veces no entienden lo que es terapia ocupacional eh... y como que muchas veces esta como emmm... como... no me sale la palabra... como no valorado, directamente es ¡sí, juegan, van a jugar y a la hamaca! y bueno...hay un fondo atrás de eso

¿Cuál es la función de la hamaca?

(Risas) la hamaca funciona para los movimientos que ella genera les da la sensación vestibular que falta...tiene que ver con esto sensorial que a veces está en déficit y eso ayuda... todo lo que mece, que es más vestibular más circular ayuda a regular y bajar la ansiedad de estos niños y a veces buscan esos estímulos porque le faltan...no lo tienen incorporado en el cuerpo.

A mí me gusta... no imponer una actividad sino de ir viendo que propone el niño ¿no? Y ver que es lo que está buscando y ahí uno va viendo, pones tus herramientas y decís bueno... después de conocerlo si, puedo hacer este juego y lo puede enganchar y a veces traes algo y no engancha ni ahí o a veces ves que eh... no se... me pasa con las masas sensoriales que están tan de moda, el slime, tiene una función a nivel sensorial, hay chicos que táctilmente tocan algo y les da mucho asco y es un rechazo enorme y eso no favorece todo lo que tiene que ver con la aprehensión fina y después lo que tiene que ver más adelante con el agarre del lápiz, todo lo que es pre gráfico, pero porque no tienen estimulación de las pinzas digamos y todo eso se estimula a través de las masas, dando distintas sensaciones y distintas texturas y hay nenes que no te lo agarran ni en pedo y entonces hay sesiones que estas todo tiempo intentando ponerle la masa, de a poquito y de a poco lo van aceptando, pero bueno es cuestión de ir estimulando y ver la reacción.

Mencionaste de qué consultas con los demás profesionales que estén haciendo el tratamiento con el mismo niño que vos... ¿tienen reuniones para esto?

Mjm... sí, sí, eh... en general son una vez por semana las reuniones y nos ponemos de acuerdo de que paciente se va a hablar, pero bueno si hay alguno en urgencia se habla... en el caso de que no se dé el espacio yo soy de ir a buscar los espacios, de ir a buscar a los profesionales o mandar un mensajito y preguntar: ¿che a vos como te está yendo con tal? ¿Qué pensas de tal cosa? Me interesa porque hay un punto que para mí va a ser ciego porque yo no puedo abarcar la mirada del psicólogo, ni tampoco tener la mirada del psiquiatra... ósea para mí también hay un límite... así como el psicólogo me viene y me pregunta: ¿che qué puedo hacer con este que me pasa tal cosa, que me recomendás? ¿Vos como haces?... bueno bájale la luz, disminuí los estímulos visuales, disminuí la cantidad de cosas y eso favorece a que en su terapia lo pueda abordar mejor.

¿Qué pensas del trabajo interdisciplinario?

Para mí es súper necesario, yo creo que uno no puede trabajar solo ni aislado y... primero porque somos seres humanos sociables y a mí me costaría mucho si no tuviera colegas con quien comunicarme o con quien expresar dudas o poder decir...che me re

cuesta con este paciente, ¿vos que haces? Y fijate tal cosa... a mí, para mí es súper rico y tiene que estar el espacio interdisciplinario y bueno ahora más que nada que estoy en la diplo que es transdisciplina creo que es muy importante porque la persona está influida por muchos factores y bueno... nosotros tenemos que abordar desde distintos ángulos.

¿Cuál es la diferencia entre la interdisciplina y la transdisciplina?

La interdisciplina es que cada disciplina tenga su ... que cada uno trabaje desde su área y ponernos de acuerdo tal vez como eh... que cada uno trabaje un objetivo desde su área para el mismo paciente pero apuntando más o menos al mismo objetivo general y en la transdisciplina se trabaja desde áreas, es difícil porque por ejemplo se trabaja desde el área neuro motora funcional que sería no sé por ejemplo kinesiología, terapia ocupacional y psicomotricidad y el área neuropsicológica que hay psicopedagogas psicólogas y también está el psiquiatra neurólogo y la fono, entonces cada área tiene metas y objetivos, después todo se trabaja para una meta en común... por ejemplo que ese paciente en tal período por ejemplo desde el mes 3 al mes 6 de tratamiento eh... no sé logre incorporar estrategias para adherirse al tratamiento y todas las áreas trabajan para esa meta en común. Es diferente, porque la mirada es común y todo el equipo se reúne para generar esa meta para ese paciente personalizado que tiene una trama propia que además tiene una patología compleja, además de su propia trama personal, entonces está todo como entrelazado. En la interdisciplina trabajamos en conjunto pero de lado a lado, cada uno trabaja en su área...

¿Cuándo tenes que planear un tratamiento lo planeas de forma individual o grupal?

Cada uno hace su planificación, tal vez puedo preguntar... pero cada uno tiene sus objetivos...

Volviendo a las reuniones de equipo... ¿cómo surge la propuesta del paciente a trabajar?

Últimamente por ejemplo si hay auditoria y se pidieron ciertos pacientes por ejemplo bueno, hablemos de ellos para ver si está todo completo y si no se proponen pacientes

para hablar y hablamos de uno que realmente nos surge hablar... sino es imposible, son tanta cantidad...

¿En las reuniones quienes están?

Últimamente es bastante variable porque es difícil coordinar, si hubiera profesionales por ejemplo te digo al azar los que van lunes miércoles y viernes... y tienen los mismos pacientes sería más fácil porque bueno ellos se juntarían un mismo día y los de martes y jueves otro...pero como va variando tanto los horarios de cada profesional es difícil coordinar.

¿Cómo fueron tus primeros acercamientos a la discapacidad?

Al elegir Terapia Ocupacional como mi carrera yo ya sabía que iba a estar involucrada con la discapacidad, siempre me intereso mucho... no sé por qué y bueno durante mi carrera las prácticas clínicas eran todas en el área de discapacidad ya sean niños, adultos o adulto mayor, sea más físico o más psiquiátrico siempre... la terapia ocupacional está asociada a la discapacidad.

¿Cómo ves esta cuestión del diagnóstico?

Al principio en mis primeras prácticas, las primeras veces que vi pacientes fue en el Hospital Rocca que es de rehabilitación de agudos, en internación y yo tenía que ir y hacerles eh... pruebas neurológicas porque era parte de una materia que era clínica y... es impactante pero uno en ese momento que es estudiante lo ve como algo novedoso, algo para descubrir, después con el tiempo y a medida que fueron pasando las prácticas, no me acuerdo cuando pero que hice el clic, en una práctica en un centro también de neuro rehabilitación eh... era un lugar donde venían grupos, la dinámica era grupal pero el tratamiento era individual, entonces venía un grupo que era más o menos las mismas patologías, en general eran neurológicas adquiridas: lesión medular, acv o también algunas congénitas raras...Corea, Atetosis, cosas muy raras, después tenías Parkinson, Esclerosis Múltiple otros grupos... y cuando más me impactó fue un grupo que eran chicos como de 20 a 30 años y yo en ese momento tenía 23 – 24 años y... había un pibe que tuvo un accidente, él estaba trabajando era repartidor de colchones y... eh... iba de co-piloto y el que iba manejando chocó contra otro camión

y bueno a él lo hizo mierda y le tuvieron que amputar una pierna y la otra pierna estaba en condiciones deplorables... y tenía 22 años (silencio)...

Después había otra chica que tuvo una lesión a nivel de la médula y quedó cuadriparésica, ósea con una cuadriplejía con mucha debilidad muscular, apenas podía mover los brazos, las manos, estaba con una silla de ruedas para toda su vida también de 20 años... y decir “la puta madre yo también podría estar ahí...”... ahí fue cuando dije... te re impacta, te re impacta en lo emocional y me acuerdo que estuve como un mes procesando un montón y aprender también a ser empático y sentir el dolor del otro pero no... involucrarte pero no involucrarte demasiado... decir bueno, me involucro para ayudarte y para que vos puedas salir adelante y si... tu situación es una mierda porque no te puedo decir lo contrario, es una mierda pero bueno yo estoy acá y... voy a hacer lo mejor posible para ayudarte, pero ahí fue cuando bueno más impacto emocional me dio y nada... a veces es difícil como instrumentarlo porque hay casos que te llegan más que otros pero porque también uno pone sus propias faltas y falencias en eso que ve ¿no?... yo creo que viene por ahí y por eso también es importante hacer terapia por fuera uno... porque es necesario pero si... lo que más me impacta, justo lo hablé con mi psicóloga el otro día, es ver el sufrimiento del otro en un cuerpo del que no puede salir ¿entendes? De que... y me impacta más en las personas que son conscientes de que tienen un cuerpo en el que están encerrados y que no pueden hacer más que lo que hacen y encima tampoco lo pueden expresar... yo creo que deben sentir una frustración y realmente y... entonces vos decís: ¿Qué mierda está sintiendo? Y no me lo puede decir...

O estos nenes con autismo, no tienen habla, no pueden decir “me duele”... te lo están manifestando como pueden o te pega a vos... o se pega el... pero porque algo le está pasando y no lo puede decir de ninguna manera... no se puede comunicar. Eso me impacta más que de una persona que por ahí tiene una discapacidad más... que puede decirte “no, me duele lo que me estás haciendo” o que te putea pero bueno... tiene la capacidad de putearte (risas) para mí... esa es mi visión, es algo que pienso mucho. Por un lado me encanta y me interesa, no desde el lado morboso sino de... que despierta mi interés, por eso me gusta trabajar en esta área, en discapacidad pero por otro lado muchas veces quedo como...

Por lo que me estás diciendo de alguna manera asocias la discapacidad más a una falta en una función...

Si y también... no sé cómo una barrera, tienen una limitación en algo ya sea social, sea de comunicación, sea funcional, porque también las personas que tienen vulnerabilidad social para mí también tienen cierto tipo de discapacidad ¿entendes?... más comunitaria, es otra área, yo no trabajo en esa área pero también están impedidos socialmente, no pueden desarrollarse de manera eh... no normal, pero de manera adecuada a su edad, a lo que debería entonces la discapacidad para mí es muy amplia, no es solamente funcional...

¿Qué opinas de la Ley de Salud Mental, puedes implementar algo de su propuesta en tu trabajo?

(Risas) la ley esta buenísima, ósea como ley está genial, tiene cuestiones muy... muy interesantes en lo que tiene que ver más en la salud mental desde psiquiatría en el adulto, hay cosas como muy copadas, proponen dispositivos como intermedios que para mí hay mucha falencia entre lo que es la internación y el Hospital de día, casas de medio camino, como que empieza a... a... a tener registro de estos dispositivos que quizá en la anterior ley no estaban... eh, además de que incluye mi carrera en la ley que antes tampoco estaba pero creo que nuestro país no está preparado para esa ley porque contempla... ósea está hecha para un país desarrollado que pueda abarcar todos estos ítems de contener a todas estas personas con estas necesidades pero que para mí acá... no sé... no sirve.

No se puede implementar, se puede implementar en algunas cosas, yo hice prácticas en el Alvear y ahí vi como un poquito más en profundidad esa ley, pero la realidad es que nuestro país las personas que terminan en estos hospitales, en estos monovalentes, que siguen siendo monovalentes pero con otro nombre porque según la ley ya no se permiten este tipo de hospitales, estas instituciones eh... en general son personas en situación de calle o en vulnerabilidad social, entonces es como que... es muy difícil externarlos y que cumplan un tratamiento de 6 meses y sacarlos, porque van a volver y terminan siendo institucionalizados... y terminan siendo monstruos como el Borda, como el Moyano, con pacientes que están hace 50 años y que no los puedes sacar de

ahí porque es su estilo de vida y esta ley va en contra de eso, totalmente en contra y no me parece que esté mal pero creo que no tenemos los dispositivos adecuados para poder cumplir la ley, eso es lo que creo.

Una de las cosas que plantea la ley es esto del trabajo interdisciplinario, el consentimiento informado, la intersectorialidad... ¿eso crees que tampoco se puede tomar de la ley?

Sí, eso sí tendría que estar implementado en cualquier lugar porque por más que hay instituciones en donde se trabaja más desde la multi disciplina que la interdisciplina en sí, pero para mí tiene que ver con una cuestión más estructural y de organización que de...del... bueno del profesional también, uno tiene que tener una actitud interdisciplinaria no solamente que lo imponga la institución sino uno también buscar la manera de comunicarse con otros profesionales, pero esto creo que si está un poco más este... esta buenísima la ley pero (risas)

No hay manera de regularla, no hay presupuesto y en estas instituciones ¿quién regula los entes de salud para que funcionen tal cual funciona la ley?... en otros países capaz pero acá... es imposible...

¿La intersectorialidad también?

Este... si me parece bien que a cualquier hospital pueda llegar una urgencia de salud mental y pueda ser derivado al lugar que se necesite, pero no creo que todos los hospitales estén capacitados para poder contener a ese tipo de pacientes... es muy difícil. Yo creo que en capital funciona mejor, por ejemplo vos vas al Hospital Rivadavia y cae una guardia psiquiátrica y lo atienden y lo mandan al Alvear o al Borda, entonces ahí lo medican y queda internado, cae uno acá en Escobar y lo tienen que mandar al Alvear.

Claro... ustedes por ejemplo... en Moebius tienen una urgencia y... ¿qué hacen?

Y tenes que decirle a los padres o a el acompañante de ese paciente que vos ves que tiene síntomas de brote que lo lleven al Alvear, porque no hay otra opción y si la familia no lo quiere llevar... no lo lleva.

Hace poco paso con una paciente...la psicóloga eh... ella tuvo que redactar todo lo que paso para que quede registro y llamo a una ambulancia, a un montón de entidades públicas de Escobar para que se hicieran cargo y la trasladaran a un Hospital de emergencia psiquiátrica que en este caso sería el Alvear y no sé si hay otro cerca... y no pasó nada, porque no lo podía mandar porque no, porque no, porque no y listo. Obviamente la paciente no volvió nunca más y si el familiar se hace cargo y lo lleva a internación...

¿En ese caso no hacen que el familiar firme que bajo su decisión se la lleva...?

Creo que la terminaron llevando, que no había camas, la medicaron y... igual se quedó... pero la familia la saco y eso fue todo... en cambio cuando desde el mismo Hospital o hay una comunicación donde uno diga: “te estoy enviando a fulana porque está en brote, tenela ahí” es diferente... habría comunicación interna... pero no hay, acá en provincia no hay dispositivos que puedan contener a una persona en emergencia de salud mental. ¡Es terrible!

27 de Junio de 2019.

Entrevistador: Reyes, Melina Daniela.

Entrevista G.

Una de las cosas que me interesa que me cuentes es en relación a tu profesión y formación ¿qué me puedes contar?

Bueno estude Trabajo Social en la UNLU, en la Universidad de Lujan con sede en San Miguel eh... apenas termine el secundario ósea en el 2004 empecé, hice la carrera en los 5 años que corresponde y colgué un poco con la tesis porque nosotros tenemos título intermedio somos Técnicos en Minoridad y Familia que eso te habilita a trabajar en algunos espacios, en algunos centros de días te toman, asique empecé a trabajar de eso y medio que postergue la tesis hasta que en el 2014 termine rindiendo la tesis para ser Licenciada y asique ...

¿De qué hiciste tu tesis?

Adopción...y después seguí ósea yo ya estaba trabajando y después en vez de Técnica me pasaron a Licenciada y bueno mejoras un poco el sueldo y esas cosas. Hoy en día ya no toman tanto Técnicos, cuando yo me recibí por ahí había más demanda y hoy en día ya empiezan a filtrar un poco más y piden más licenciados pero igual siguen teniendo trabajo los técnicos...

¿Cuál es tu rol de Trabajadora Social?

Acá en Moebius lo que yo estoy haciendo en realidad tengo que ver es la dinámica familiar y que haya adherencia de parte del paciente a los tratamientos, si no hay adherencia o hay determinadas dificultades capas los profesionales me derivan los casos y ahí empiezo a trabajar con la familia y ver la situación por la cual no hacen adherencia o a veces como el tratamiento no es solamente hacer esa terapia sino abordar al niño en toda sus dimensiones capas que el profesional pide interconsulta con x o con cual profesional o ver cómo le está yendo en el colegio entonces lo que se hace es articular con las instituciones en las que está inserto el nene o... con esta familia para reforzar que concurra al médico, al turno que el especialista le pidió y esas cosas se tratan de abordar.

En estos casos...en los que no hay adherencia vos ¿citas a los tutores?

Sí, siempre yo trabajo con la familia no con el niño, con el niño trabaja digamos el profesional que hace la rehabilitación. Yo no suelo tener entrevistas con el niño, directamente con el adulto responsable que en general son los padres, a veces pasa que no, a veces es un abuelo o un tío y ahí trabajas tratando de reforzar lo que en las reuniones interdisciplinarias en donde surgen las problemáticas que tienen los profesionales con cada niño....

¿Vos participas de las reuniones?

No, la verdad es que no pero si estoy en contacto con la coordinadora y es ella quien me va derivando los casos, pero la idea es que empiece a formar parte de las reuniones... yo tengo reuniones con la Directora y con las Coordinadoras, pero todavía no se pudo implementar que estemos todos en las reuniones. Pero para mí, visión mía personal seria como la mejor forma para trabajar digamos, para que funcione todo mucho más... porque ausentismo también yo me tengo que ocupar...

¿Sí?

Sí, si hay un nene que tiene reiteradas faltas y bueno, no avisó, tengo que llamar y ver... citar a la familia y ver porque está presentando tantas faltas y bueno... yo eso lo voy a poder hacer si me pasan la información porque no vengo todos los días... tampoco puedo revisar carpeta por carpeta porque son muchos.

¿Cuáles son los casos en los que no presentan adherencia al tratamiento?

Lo que se da en la mayoría de los casos eh... lo que me pasa es que desde la entrevista inicial vos ya te das cuenta cuales son las familias que históricamente no... el niño no tuvo un antecedente de adherencia a los tratamientos es como que siempre lo hicieron de forma irregular y más que nada por una baja alarma de los padres, porque no lo toman como algo primordial, tenés que reforzar eso.

Después la distancia, a veces viven como muy lejos, pasa mucho acá en Escobar, no sé si tan lejos pero si como de difícil acceso, tener que esperar el colectivo que pasa una vez cada no sé cuándo... si llueve no vienen, bueno esas cosas y después muchos niños porque se enferman, algunos por su condición de salud están todo el tiempo enfermos, se pescan todo y después porque sí, porque no tienen con quien traerlo, la

mamá tiene muchos hijos y si se le enferma el más chiquito capaz que no puede venir y bueno... más que nada esas problemáticas.

¿Dentro del ámbito de la discapacidad desde cuando te insertaste?

Eh... yo me recibí y mi primer trabajo fue en un centro de día, ese si fue mi primera experiencia en discapacidad y fue si apenas me recibí de Técnica... siempre en centro de día y después empecé... rehabilitación es otra cosa, no es lo mismo... nada que ver.

¿Por qué?

Porque en centro de día vos tenes a los chicos o como quieras decirles, concurrentes de forma fija todos los días, como alumnos vendrían a ser digamos eh... y acá son pacientes que vienen a terapia y van al colegio, tienen como que cada uno su vida en diferentes instituciones, en el centro de día como que van ahí y hacen todo ahí...

¿En relación a los diagnósticos... trabajas algo con la familia de esto?

Si re, en todas las familias porque como que en todas las familias terminan como asistiendo todo el tiempo a estos chicos... las mamás como que dejan relegadas sus vidas y se abocan a llevarlo a terapia, llevarlo a... porque por ejemplo lo que yo veo acá en esta población es que muchos chicos tienen: rehabilitación, el colegio, el colegio con integración y además hacen alguna actividad extra, futbol, natación, lo que fuera que les guste como para que bajen también un poco y que hagan algo de su disfrute... como que son mamás que están todo el tiempo como abocadas a... y no solo la mamá si no los hermanos, porque viene la mamá con los hermanos más el que tiene que venir a terapia entonces como que toda la familia termina inserta en esto...

En relación a las leyes y diferentes normativas que hay en la Argentina... dentro de este tipo de instituciones ¿cuáles podrías decirme que tienen más presentes?

Emmm... la de ¿Cómo se llama?... todo lo que respecta a la obra social y a los beneficios de salud, que le corresponde y que no, los beneficios de la obra social para que ellos puedan también reclamar, a veces necesitan transporte o maestras integradoras y las obras sociales capas te dicen que no y vos los asesoras de que capas si... o sino tienen que ir a la superintendencia y la superintendencia regula eso... está

también la ley de discapacidad emmm y también la de integración escolar, hay un decreto...

¿Y la Ley de Salud Mental?

Eh... siempre se tienen en cuenta todas... partimos de la interdisciplina que la propone esa ley, no sé si uno asesora tanto con esa ley pero si es algo que el profesional la tiene presente...

En casos de urgencia... ¿ustedes saben a dónde dirigirse?

Sí, eso... cada uno tiene su emergencia de su obra social, acá contamos con una emergencia y en primera instancia nos comunicamos ahí y luego se deriva a cada obra social... la primera atención la obra social la va a hacer y después si requiere internación, lo derivan a la obra social de cada uno.

¿Todos cuentan con obra social?

Sí, hay particulares pero lo que pasa es que el particular no tiene un módulo de discapacidad, hará alguna terapia, psicología, psicopedagogía... porque es muy caro el costo, no pueden costear digamos todo un módulo imagínate, con cuatro terapias dos veces a la semana...ósea todos tienen certificado de discapacidad, a partir de ahí todos tienen obra social y para acceder a esto tienen que tener certificado de discapacidad y con el certificado de discapacidad según la patología de cada niño se arma un módulo de prestación que puede ser simple o intensivo, depende... eso lo evalúan...

¿Vos de eso no participas?

No, a mí ya me llega cuando hubo una admisión, ya está aprobado por la obra social y bueno yo ya empiezo ahí a trabajar para un primer informe, para conocer la dinámica familiar y bueno conocer a la familia.

¿Tuviste que acceder a la vivienda?

Fui dos veces a buscar a dos familias porque no estaban viniendo y para ver qué era lo que estaba pasando.

¿Cómo te reciben?

Me reciben bien, la gente está acostumbrada... me explican la situación y a veces se excusan... no ya van a volver... pero bien, nunca tuve problemas con eso. Capaz que tenes algunos desconfiados que me preguntan quién soy yo... pero no, no tengo problemas. Igual es como la última estrategia yo primero te llamo, te cito, si no venís te vuelvo a llamar, te vuelvo a citar y bueno como uuuultima instancia voy y veo que pasa, no se utiliza. Desde acá tenes otros contactos, como es un centro de rehabilitación donde supuestamente el padre esta referenciado con el lugar y está viniendo porque él vino... ósea ellos vienen a solicitar el servicio eh... en general los padres siempre van a responder, siempre van a terminar viniendo... en una sala vos tenes que salir a buscar, preguntar porque no trajeron al bebé al control porque no... es diferente, vos intervenís porque neo te mando un informe, entonces vos estas yendo a la casa sin aviso, vas caes de una y les preguntas porque no estas yendo. Yo voy a la casa, hablo con la mamá, veo porque no está yendo, les das el turno, la esperas en la sala y si no fue la volves a ir a citar y bueno si vos ves que es un caso de sumamente negligencia por ejemplo hay muchos casos de bebes que nacen con sífilis y si la mamá no responde es negligencia, derecho vulnerado y denuncia, entra en el servicio local. Vos les das oportunidades con diferentes estrategias y si no responde con nada...

¿Acá en Moebius ha pasado?

No, acá no. Si hubiese un caso de negligencia... pero por abandono de terapias no porque no es, pero si vemos que hay un nene que pelagra la vida por x razón eh... no sé, que de acá vean que.... La doctora de acá lo revisa y se encuentra algo que tiene que atenderse y la madre no responde y si... viene el nene y algún profesional detecta abuso o maltrato o lo que fuera porque son espacios en los que puede pasar esto de salir... puede surgir y hay que hacer la denuncia. Si el profesional tiene dudas, porque el que tiene que hacer la denuncia es a quien le manifestaron la situación. Ante la duda tenes que consultar, pero si a vos un nene en la terapia te lo manifiesta estas obligado a hacer la denuncia, vos como profesional... no es que me lo tenes que decir a mí que soy la trabajadora social del lugar y yo tengo que ir... ósea es parte de las competencias de cada profesional y aparte eso está reglamentado en el código civil, por la mera

sospecha, ósea uno no tiene que tener la confirmación, no somos peritos para ir a determinar... pero si vos tenes indicios y sospechas tenes que hacer la denuncia.

Me contabas sobre el trabajo con los colegios ¿Cómo se llevan adelante las integraciones?

Hay una coordinadora, se encarga de coordinar al todo el grupo de AT y de pedirles los informes, nosotras ahora por ejemplo vamos a ir a los dos colegios, 501 y 503 para presentarnos que son escuelas especiales que manejan las integraciones, les llevamos los informes de evolución de cada chico y bueno, articulamos con ellos, si tienen dudas o inquietud respecto de algún chico nosotros vemos cómo articular...tomamos sugerencias. A veces no tienen ninguna inquietud pero bueno la realidad es esa tener contacto con la institución, al igual que los colegios en donde están integrados... a idea es estar en dialogo con los colegios y con las escuelas 500 que son las que se ocupan desde el estado de la integración, no de los at.

Como también en otras especialidades la idea es articular porque por ahí pasa mucho de que necesitan elementos, no sé una válvula, una plantilla de tal forma y vienen con las indicaciones y quizá por ahí desde acá la fisiatra no está de acuerdo o no entiende bien que es... entonces ahí se articula porque por ahí el medico lo ve cinco minutos y desde acá está en tratamiento y quizá consideras que no, o la silla de ruedas que a veces te piden la postural o algo...

28 de Junio de 2019

Entrevistador: Reyes, Melina Daniela.

Entrevista H.

En primera instancia me gustaría saber ¿cuál es tu profesión y como te formaste?

Bueno, yo soy medica de familia asique me dedique a hacer medicina vincular y general, la medicina familiar se divide en la parte vincular netamente del núcleo familiar, al adentro digamos y si no también tenes la forma de trabajo que es exogámico que es digamos trabajar e intervenir en el barrio, el agua potable, los sistemas de acceso y demás. En principio trabaje en un sistema de medicina general familiar donde se tomaba a la familia, se trabajaba adentro del hospital, luego hice una maestría en salud pública y pude salir a trabajar un poquitito más hacia afuera, extra muros que ahí bueno es lo que más me gusta, trabajar en gestión, encontrar donde hay una necesidad en la población y llevarla a cabo eh... sin embargo ninguna, ninguna, ninguna de las actividades en salud son aisladas todas necesitan interactuar con otras este eh... puntualmente estoy haciendo el curso superior de fisiatría este... a raíz de un montón de cosas de mi vida personal llegue a hacer trabajos más con el cuerpo en intervenciones un poquitito más activas no tan solo de apoyar el estetoscopio y dar un papel al paciente.

Me dedique a la osteopatía que es una terapia manual donde se puede intervenir los procesos activamente, se trabaja con el paciente, es más parecido a un gimnasio o a una kinesiología y de ahí bueno eh... interactuar, ya sea con el kinesiólogo, con el fonoaudiólogo, con el terapeuta ocupacional eh...con la psicóloga, con la psicopedagoga, eh bueno y aparte hago mi trabajo a la mañana en la municipalidad donde si trabajo en gestión y en procesos de salud.

¿En Moebius cuál es tu función?

En Moebius es ordenar, pasar por el tamiz medico los objetivos y la evolución del tratamiento ¿no? Porque quizás queda muy separado a ver no sé, lo que está haciendo con la T. O., lo que está haciendo con la fono de lo que se está haciendo ¿no? En general tratar de que haya un nexo que sea el médico y esto nada más que por una visión vertical no porque ahí podría ser cualquier otro el que funcione como eje ¿no? Pero también al estar el médico, uno puede pedir las no sé, el ultimo electroencefalograma, las ultimas valvas, la última... el ultimo equipamiento si es un

paciente motor este... re chequear el tratamiento psiquiátrico si estaba o no funcionando ¿no? Es como el director de la orquesta que ve... bueno hay que ajustarle un poquitito porque en verdad el psiquiatra no lo ve todos los meses... lo pone en tratamiento y lo sigue viendo el médico de cabecera digamos...

¿Eso se hace por fuera de la institución?

Y bueno ahora está ese espacio que es por dentro de la institución que uno puede ir chequeando... bueno este gordo está muy inquieto, tratemos de pararlo, bajémoslo un poco, que lo vea el psiquiatra, para que pueda prestar atención ¿no? Mínimamente...

¿Estás en las entrevistas de admisión?

Primero se realiza una entrevista de admisión si... pero yo no estoy, no.

¿Cómo accedes a la información de los pacientes? ¿Hay reuniones de equipo?

Si si si... hay reuniones de equipo, a las reuniones de equipo voy, también esto de ir viendo eh... porque por ahí una cosa es como uno baja la información y el tratamiento y otra es como el paciente va filtrando lo que le queda más cómodo en el tratamiento... por ahí vos le decis bueno, tiene que venir dos sesiones eh no sé... psicología y tres de fono y no le cuadra... entonces re adapta el tratamiento y hace una y una... entonces re adapta el tratamiento y no vemos que el chico mejora, pero quizá el que está re diseñando el tratamiento es el padre ¿no?

Hay que estar al pendiente o algunos que te dicen bueno no mira... se quedó en la parte motora, entonces ahí quizás hay que sumarle un poquitito más con kine o con t.o. o con lo que fuere... este... comprender también obvio que el niño está inmerso en esta familia y uno encuentra familias completamente agotadas... con papás y mamás completamente agotados que ya no tienen muchas más estructuras para generar una terapia que es 24 – 7 – 24 y eso es muy difícil eh... la importancia de generar un espacio de padres para que todos comprendan que están haciendo lo mismo, se sientan que están acompañados y no son los únicos ¿no?

¿La mayoría de la población con la que se trabaja en Moebius son niños?

Claro... son mentales la mayoría.

¿Cómo se toma en cuenta el Certificado de Discapacidad para acceder a las terapias?

Si bueno... esto es como se fue modificando el mercado digamos de alguna forma, una forma de recupero fue a través de un certificado de discapacidad, el certificado de discapacidad lo emite el Ministerio de Salud es el DNI del discapacitado este... tiene un diagnostico según la OMS y después se clasifican a partir de...dos mil... eh... hará siete años que se adaptó, se aplicó en la Argentina la Clasificación Internacional de Funcionalidad, donde el discapacitado ya no tiene que ver con que cual es la capacidad sino con cuál es la funcionalidad ¿sí? Entonces al modificar como se ve el niño o el adulto ¿no?... pueda ser un discapacitado. Un mono ocular no es un discapacitado, un paciente en diálisis no es un discapacitado hoy por hoy ¿no?... entonces lo que se mide es la funcionalidad.

Si vos funcionalmente con un riñón podes hacer todo igual no sos un discapacitado este... bueno a raíz de tamizar a todos los discapacitados por esta clasificación CIF eh... se genera un recupero donde el estado financia gran porcentaje... no todo eh... no no no lo sé exactamente, habría que hablar con las chicas del ente contable emmm... de la prestación, no lo sé exactamente.

No es lo mismo lo que da el Ministerio de Desarrollo que da la incapacidad laboral que no es lo mismo que la discapacidad, la discapacidad tiene que ver con la funcionalidad, eso lo da el Ministerio de Salud que no lo suma, no le agrega nada, le puede dar el transporte, le puede dar la maestra integradora, a ver... que un niño tenga o no certificado de discapacidad va a modificar un montón de cosas...

¿Cómo por ejemplo?

Como por ejemplo la rápida accesibilidad al sistema de prestaciones de los años dorados que son 1, 2, 3, 4, 5, 6, 17 años... lo que tiene que tener la terapeuta, la kinesióloga, la psicóloga, la psicopedagoga bueno eso... pero accede, la maestra integradora ¿no? Porque si no, no te lo dan... entonces los padres urgente quieren un certificado de discapacidad ¿y aplica o no? Y bueno... generalmente lo hacen aplicar para que el niño tenga su terapia ¿mmm?

¿Dentro de la institución te encontras trabajando en el área de discapacidad?

Mmm... la discapacidad en discapacidad vos podes tener discapacidad motora, discapacidad visceral, discapacidad cognitiva, mental y en base a eso se abren un montón de patas donde uno es el que va chequeando aunque uno no es especialista en discapacidad mental adultos o en mental pediátricos, tiene el abanico para ir evaluando y re evaluando según los estándares si se están activando o se están concretando los objetivos que se van poniendo ¿no? Acorde al niño o al adulto.... A las actividades de la vida diaria son acorde al... a cada uno ¿no?... es distinto como un niño con parálisis braquial obstétrica lavarse los dientes que un mental digamos ¿sí?... en verdad la epidemia es de mentales pediátricos ¿sí?... TGD, autismo, trastorno del habla y del lenguaje que son grises que no... no, y por otro lado el deterioro en el adulto, el deterioro senil este...

¿Vos determinas los tipos de tratamiento que ellos tienen que realizar?

Emm... mira el principio lo trabaja el equipo, es como el director de la orquesta, se le pregunta al neurólogo que es lo que sugiere, se le pregunta al neurólogo que es lo que sugiere, entonces de ahí hacemos un plan terapéutico integral sujeto a modificaciones porque quizás el nene musicoterapia no le importa absolutamente nada.... Según los intereses del niño eh... este y cuáles eran las necesidades, si es un mental, es un motor ¿no? Si es un visceral, un secuelar...

¿Cuáles son las diferenciaciones?

Un motor es un niño no sé qué nació con una parálisis braquial obstétrica; un secuelar es un niño que tuvo una amputación de un dedo, de una mano y tuvo que aprender a hacer todo o un secuelar es alguien que tuvo un ACV y tuvo que volver a aprender a comer solito este... eh... hay secuelares agudos que recuperan perfectamente y no pasa nada, igual que los cognitivos, los cognitivos bueno llegan a un tope y hasta ahí mas no podes hacer este...ir viendo eh, cual es el objetivo, trabajar también con la frustración ¿eh? Hasta acá llevo y hasta acá no...

¿Y con las familias?

Bueno con las familias ahora hay un espacio que se está haciendo, en el CEDIT siempre hubo como un espacio que se daba como una juegoteca mientras los niños

jugaban y bueno los padres interactuaban, en general el primero que se da cuenta del diagnóstico en el niño es el papá quiera o no verlo es el papá y bueno me parece importantísimo el acompañamiento familiar, ya sea con... que esto, que comprender que la dinámica no es solamente una hora cuando están en la terapia, sino que es una más de las 24 horas que están en casa haciendo terapia, terapia es ir a hacer la cola al pago fácil, terapia es ir a hacer la cola al supermercado, ir a la plaza, tomarse el colectivo ¿no? Todo es una terapia...

¿Para planear un tratamiento como hacen?

Hay reuniones de equipo donde se va supervisando y se ve... este paciente necesita más tal o menos... no sé podemos modificarle y sumarle musicoterapia que es donde tiene mejor respuesta a este terapia ocupacional... trabajos en dupla que también está bueno. Los trabajos en equipo, depende de la severidad del niño...

¿Cómo es?

Eso lo determinan las psicólogas en general, vas viendo cómo interactúan... hay alguien que en el área social es más dado y otros que son más retraídos ¿no?...

En relación a las normativas vigentes que tenemos... en algunas se plantean cuestiones acerca de la interdisciplina, la intersectorialidad, el consentimiento informado... ¿están presentes en su trabajo?

Entiendo que sí... la directora es quien se ocupa de manejar todo... yo me ocupo más del área médica... porque bueno a veces uno se cuelga y si el paciente tiene el CUD de los 3 años y hoy ya tiene 6 años y modifico un montón de cosas entonces bueno la consulta precoz, ir una vez al año al neurólogo, ver si hay una nueva adaptación y todo eso, con respecto a la parte mental me refiero a la ley mucho no estoy empapada... la idea es que se pueda trabajar con todas las terapias juntas... está todo abierto para hacerse. Yo veo a los niños una vez al mes... y también tengo en cuenta a los objetivos del padre, que es lo que te gustaría ¿no? El objetivo es que sea independiente en las actividades de la vida diaria ¿no?... bueno... más que nada eso.

5 de Julio de 2019.

Entrevistador: Reyes, Melina Daniela.

Entrevista I.

En principio me gustaría saber qué formación tenes, cuál es tu profesión...

Bueno yo soy fonoaudióloga, me recibí en la UBA, antes hice tres años de bioquímica eh... y ahora estoy terminando una consultoría psicológica que se llama “counseling” y... y bueno ahora estoy haciendo en el Austral una Diplomatura de Trastornos del Lenguaje en el medio estuve un tiempo sin ejercer, me dedique a otra cosa y ahora volví.

En Moebius ¿cuál es tu función?

Estoy como fonoaudióloga si, trabajando con los chicos con trastornos del lenguaje, algunos con espectro autista, algunos con retraso madurativo, algunos chicos con Síndrome de Down asique si, básicamente eso, trabajando lo que es lenguaje desde la pragmática, sintaxis, de todo un poco y siempre se abarca algo de lo conductual, tenés que trabajar eso también y bueno, lo que sea prosodia y fonética, vas incorporando lo que van necesitando los chicos...

¿Qué serían, podrías especificar?

Lo que es semántica, sintaxis, gramática, todo eso son distintos aspectos del lenguaje, lo que es fonológico es el sonido de las palabras, entonces quizá hay chicos que si tienen problemas en la pronunciación eh... a veces es por consecuencia de su patología, que no tiene que ver con una cuestión orgánica sino madurativa y... y bueno después respecto de las enfermedades que pueden ser neurológicas ahí tenemos en general temas de pragmática, ósea de la cuestión de la comunicación del lenguaje ¿no? Porque a veces usan el lenguaje pero no como fin de comunicarse, lo usan como viste... con perseveraciones de repitiendo lo que vos le decis pero en realidad no pueden comunicarse con el lenguaje, algunos no tienen lenguaje y ahí hay que tratar de comunicarse sin lenguaje y bueno la idea es buscar comunicadores o este... algo que reemplace el lenguaje y comunicarse desde otro lugar eh... bueno los chicos con Síndrome de Down van teniendo lenguaje pero siempre van atrasados hasta un punto, sabes que empezas siempre con un gap de atraso de lo que puede ser un chico típico y después tenes una gama de espectros, desde el espectro autista hasta lo que es trastorno

del lenguaje específico que hay desde el retraso del lenguaje hasta el trastorno específico del lenguaje.

¿De qué trata el trastorno específico del lenguaje? Porque es muy nombrado

Es algo muy nombrado, todavía esta... pasamos del DSM IV al V todavía estamos ahí que ponen que sacan, el retraso es simplemente un chico que empieza a hablar más tarde pero que en algún momento se emparea. El trastorno del lenguaje es un chico que comienza a hablar más tarde o no habla todavía y que nunca llega a lo que sería un niño típico ¿no es cierto? ... y ahí se ven, se evalúan todas las funciones y todas las categorías que abarca el lenguaje y ahí se va trabajando en las distintas áreas afectadas, se hace una evaluación y se ve que parte del lenguaje se afecta, si lo pragmático, sintáctico, lo fonológico y eso va armando un cuadro que bueno, con el transcurso del tiempo y las evaluaciones vas teniendo un diagnóstico y ahí bueno empezas a trabajar y reforzar las áreas que están en déficit este... pero bueno, básicamente eso, es un trabajo de paciencia y aparte nada, ningún... en esta edad ningún diagnóstico es definitivo eso es muy importante, porque el chico puede ir cambiando, ir madurando, puede ir este reforzándose quizá con un acompañante como maestra integradora, con las terapias y de repente puede pasar de un cuadro a otro, puede ir evolucionando y quizá el diagnóstico cambia, es un hilo muy finito.

Un poco esta diplomatura que estoy haciendo que recién la arranco y la termino a fin del año que viene.

¿Qué herramientas te da esta diplomatura?

Te da un conocimiento que te permite hilar finito en esto, en ver y hacer un buen diagnóstico, la base de esto y mi interés es hacer un buen diagnóstico, no catalogar un chico TEA cuando es un TEL, porque quizá lo metes como un Trastorno del Espectro Autista y es un Trastorno del Lenguaje, la idea es especializarse en esto, especializarse para dar un buen diagnóstico porque con un mal diagnóstico el chico va para atrás, le estás haciendo perder tiempo.

Me ha pasado en casos de chicos que están diagnosticados como TEA y resulta que eran hipoacusico ¿me entiendes? Entonces eso le trajo trastornos del aprendizaje,

trastornos del lenguaje, de la atención entonces bueno... todavía estoy aprendiendo, la idea es esto y aparte que están surgiendo como no sé porque tantos chicos...no sé si es que se está descubriendo esto y hoy hay más chicos y reconocidos con el tema de la...del certificado de discapacidad entonces acuden más pero la verdad que la demanda es impresionante.

¿La población a la que atienden son chicos entonces?

Si... si en Moebius sí. Después trabajo en otra institución que es un centro de neuro rehabilitación de adultos que ahí se ve afasias, Parkinson, ehh... esclerosis múltiple, Alzheimer que ahí también trabajan kine, t.o, fono...

El trabajo que haces está insertado en el ámbito de la discapacidad...

Si si... en Moebius si, después en consultorio externo no, son chicos con retraso del lenguaje básicamente más tranquilo y si bueno, hay un chico como hoy me paso por ejemplo, con una sospecha de diagnóstico de TEA, realmente yo los derivo a un centro interdisciplinario porque me parece que no hay modo de sacarlo de manera aislada, yo por más que lo atienda por mi lado no va a avanzar el chico si no tiene una contención de equipo ¿viste? Entonces en ese tipo de casos los prefiero atender en Moebius de repente y no en un consultorio particular...

Una de las preguntas era esto respecto de... ¿cómo planteas los tratamientos... si los planteas de manera individualmente, en equipo o como lo trabajas?

Dentro de Moebius en general la mayoría de mis pacientes van por ahora solos, la mayoría se comparte, yo trato de que no sean más de dos porque bueno mi capacidad para atender no va en más de dos chicos a la vez, porque cada uno tiene su demanda y hay que ver si coinciden..

¿Juntos en sesión?

Si, por ahí hay veces que se los pone juntos en sesión... bueno en adultos también me pasa entonces bueno... el tema es ver quienes pueden ir juntos en sesión. Por ejemplo en la otra institución tengo dos señores que tienen Parkinson y tienen más o menos la misma edad, más o menos el mismo nivel cultural y social y bueno puedo más o menos hablar el mismo lenguaje, están transitando una etapa semejante de la enfermedad,

entonces pueden ir juntos y hacer cosas juntos. Obviamente yo prefiero lo individual porque me parece que le dedico más atención y es algo más personalizado pero cuando juntas un par de pacientes que a veces no sé, se hace por una cuestión de economía de tiempos o economía de dinero, no sé qué... no en el caso de Moebius, creo que en Moebius es porque realmente no les da el tiempo este... pero bueno es difícil encontrar que chicos pueden compartir porque más allá de la patología está lo conductual entonces viste... son chicos que son muy hiperactivos o muy impulsivos o muy oposicionistas y de repente decis bueno... y el otro es muy tranquilo y lo pasa por arriba entonces... tampoco es fácil tener dos pibes muy polentas porque no los podes contener, entonces es muy difícil.

Pero a veces son chicos que por ejemplo yo tengo de 10 años más o menos que tienen retraso madurativo con trastorno del lenguaje que a su vez tienen trastornos en la escolaridad y se divierten juegan, les hago hacer juegos tipo que jueguen entre ambos con preguntas, con adivinanzas, con dibujos viste que se van copiando se van ayudando, lo que uno no sabe le explica al otro asique ahí si me gusta, porque hay como un compañerismo...

En estos casos en los que son dos chicos... ¿lo determinas vos?

Si si, yo o el que lo atiende porque es realmente donde vos ves quien puede ir con quien... por ejemplo tengo una nena con Síndrome de Down que tiene tres años y a mí me acapara toda la atención porque por más de que alguien me lo sugiera, yo me distraigo un segundo y esa nena se me cae al piso viste... no puedo, necesito tenerle todos los sentidos, estimularle desde la voz, el tacto, la contención, viste ósea desde la mirada, no puedo tener distraída la atención con otro chico ahí en ese caso, pero quizás hay otros chicos que si pueden estar con otros y con diferente patología que puedan compartir.

En relación al equipo... ¿tienen reuniones?

Si... hay reuniones, es difícil encontrar un horario donde todos puedan estar, es difícil emmm en Moebius se complica hacer las reuniones pero es difícil. Creo que se está tratando de organizar porque todos atendemos en distintos horarios, imagináte que se atiende desde las 8 de la mañana a las 8 de la noche y cada uno viene... dos horas, tres

horas, 6 horas, es un lio... pienso que en algún momento se organizara mejor, son muchos profesionales.

Nos manejamos mucho con el chat del equipo y la idea es en las reuniones coincidir con los demás profesionales que tienen al mismo chico.

¿Cómo son tus primeras entrevistas con los chicos?

En general me gusta que vengan los padres la primera vez eh... preguntar antecedentes, hacer una anamnesis, pero bueno hay muchos pacientes que se incorporaron y están antes que yo entonces por lo general me gusta agarrar sus carpetas y ver sus historias clínicas y ver qué es lo que se estuvo haciendo, cual es el diagnostico, hace cuanto esta, bueno y reforzar un poco con los padres, crear un vínculo con el chico que esto a veces cuesta un tiempito, me gusta que se sientan cómodos que no se sientan obligados a nada que se diviertan e ir tanteando, cuando están cómodos y ya hay un vínculo piola bueno... empezamos a trabajar y siempre incorporando juego, siempre tratando de que sea divertido...

Con los chicos que no tienen comunicación como me comentabas anteriormente o que no pueden establecerla...

Yo con los chicos que no tienen lenguaje todavía no los tomo eh... cero me refiero a que no tienen contacto visual, un autismo severo todavía no lo tomo porque yo todavía no estoy preparada y la realidad es que estoy haciendo un montón de cosas que hay gente de que si hace chicos no hace adultos ... y yo estoy abarcando un montón de cosas y no puedo hacer todo, me estoy formando, no tengo una especialización en autismo entonces este... bueno la realidad es que si es un autismo severo hoy por hoy prefiero que este primero con otras terapias.

En relación a los diagnósticos ¿Cómo te posicionas frente a ellos...?

Respecto del diagnóstico para mi es súper importante un buen diagnóstico, yo en este momento la diplomatura que estoy haciendo justamente es para eso... no confundir porque a veces un mal diagnostico hace desastres, puede pasar un cuadro por otro y la verdad que lo único que hacemos es perder tiempo y en los chicos es súper súper importante los primeros años de vida para la incorporación del lenguaje para la

socialización y si se equivoca el diagnóstico es perder el tiempo que es algo que no se recupera eh... saber que el diagnóstico en los chicos se escribe con lápiz, eso es muy importante recalcarlo porque pueden ir variando, evolucionando y en esta evolución se cambia el diagnóstico... los límites son muy finitos y realmente hay que saber porque en base a eso podemos trabajar.

Respecto de los padres por ejemplo si los padres están en la búsqueda de saber qué es lo que le pasa al chico se debe trabajar con mucha empatía, con mucha comprensión y contención porque estos padres van a transitar un duelo a partir del momento en que toman conciencia de la problemática del niño, como equipo debemos tener contención y orientación a los padres eh... que los padres puedan sentirse acompañados y entre pares porque es súper importante. Ya de por si los chicos y padres quedan relegados a esto... los hermanos por ejemplo tienden a tomar responsabilidades que no les corresponden y se saltean realmente su niñez porque los niños discapacitados les asumen mucho tiempo y dedicación con lo que los hermanos quedan relegados a esto, los vínculos se ponen un poco especiales... es importante aconsejar a los hermanos y padres, brindarles herramientas para que ellos también puedan trabajar los padres y hermanos... también en post de un futuro lo más autosuficiente que puedan llegar a ser estos niños ¿no?... tener cuidado con el vínculo de sobre protección o de anulación... hay muchos que se desentienden, las mamás son sobreprotectoras, los papas como que es un trámite, te dejan el chico y se van... es importante contener a la familia que transita un duelo del hijo ideal y bueno...acompañarlos en ese aspecto.

¿Tenes presente los postulados de la ley de salud mental?

Respecto de la ley hago agua... no tengo idea.

19 de Julio de 2019.

Entrevistador: Reyes, Melina Daniela.

Entrevista J.

Para comenzar me gustaría que me cuentes ¿Cómo fue tu formación profesional?

Me forme como médico en la Universidad de Buenos Aires, como psiquiatra en el Hospital Borda y aparte hice la carrera de psiquiatría en la Universidad de Buenos Aires.

¿Hace mucho tiempo que trabajas en Moebius?

Hace 7 años que trabajo en Moebius, trabajo con pacientes particulares, de psiquiatría general vamos a decir así y en discapacidad trabajo conjuntamente con la institución, en los últimos años se fue dando mayormente el trabajo dentro del ámbito de discapacidad y yo voy llevando los chicos que me van derivando.

Entonces por un lado tenes pacientes particulares y por otro lado vas trabajando con los pacientes que la institución te solicita... en esos casos ¿Cómo es la comunicación que tenes con los demás profesionales?

Lamentablemente no nos juntamos a hablar de los pacientes, si nos comunicamos por teléfono o si nos encontramos de forma espontánea en la institución más que por algo reglado.

Con los pacientes que compartís ¿formas estrategias con los demás profesionales o te posicionas en tu disciplina?

Las estrategias emm... en cuanto al tratamiento nos comunicamos... no nos comunicamos regularmente para formar las estrategias que serían lo más óptimo sino que más bien eh... cuando surgen cuestiones disruptivas del comportamiento o surge algo en la escuela o en otra institución a la cual vaya, ahí es donde hablamos, en general no planificamos conjuntamente los tratamientos. Yo funciono paralelamente, yo sé que ellos se juntan, yo te hablo desde mi lado...

¿Qué tenes en cuenta para abordar los tratamientos?

Tengo en cuenta la clínica, generalmente son pacientes menores de edad y los veo con los padres, primero lo veo en una entrevista, bueno generalmente los veo con los padres y si me queda alguna duda de lo que estoy observando clínicamente y quiero hacer

eh... tengo alguna duda llamo a la psicóloga...les pregunto a los padres con quien tiene mayor relación y a veces tienen más vínculo con la acompañante terapéutica, con la fono o con la psicóloga y llamo para consultar...

¿Cómo te parece el trabajo en el ámbito de la discapacidad?

Si... si...en el ámbito de la discapacidad sobre todo los problemas vamos a decir... van al psiquiatra por la conducta generalmente, salvo que haya síntomas precoces de un psiquismo más... que pueda tener alucinaciones auditivas o digamos por lo general es por trastorno de conducta, por hiperactividad, falta de concentración eh.... Y a veces por temas más complejos como te digo por un psiquismo más desintegrado con alucinaciones, interceptaciones del pensamiento... esos son un poco los focos por los cuales se deriva...

Y la mayoría de los pacientes que concurren a la institución... ¿son menores de edad?

Si... todos los que concurren a la institución son menores de edad... yo no tengo pacientes discapacitados mayores de edad... llevo dos pero son particulares...

¿Cómo ves desde tu lugar el diagnostico en las familias?

Yo con los diagnósticos soy muy cauteloso viste... la especialidad en psiquiatría es distintas a las otras especialidades médicas donde uno parte de un diagnóstico para hacer un tratamiento sino que uno va conociendo desde el punto de vista...uno va conociendo al individuo y va orientando ehh... el diagnostico ¿no? Eh.... Porque como sabemos el día eh... es la llave para empezar a buscar cosas por internet entonces hay que ser cuidadoso eh... y bueno muchas veces los cuadros en los chicos son como... no son tan claros, quizás a veces el chico viene con un diagnostico amplio como es eh... un retraso en el desarrollo y uno ve que hay otros componentes, que hay componentes anímicos que... que tiene alteraciones del ánimo o que tiene cuestiones más paranoides digamos... a veces sobre un diagnostico así amplio como puede ser un retraso en el desarrollo eh... bueno es un diagnostico amplio que podes entrar a tener otras patologías... yo soy más bien de por ejemplo en los informes y eso escribir que es lo que veo, algo más fenomenológico y descriptivo que algo más taxativo como un diagnóstico que no ayuda demasiado para mi...

¿Cuándo refieren a una consulta de psiquiatría para especificar un diagnóstico de otro vos como te posicionas?

Diferenciar eh... a ver... por ejemplo diferenciar entre un trastorno del espectro autista y un diagnóstico de psicosis me lo han solicitado y uno lo ve como... quiero decir... es tan amplio el trastorno del espectro autista que uno se encuentra con chicos digamos estructurados, por ejemplo estructurados, rígidos que son como ehh... eh... como si fueran robotitos como se manejan, se manejan más linealmente y son más del espectro de asperger ehh... donde todo su discurso es literal, pero son chicos que pueden funcionar bien digamos si se los acompaña en el mundo y hay chicos en ese espectro autista que se van más a una cosa desintegrada de su psiquismo eh... con una poca consolidación del yo eh... y.... y bueno que eso digamos también es un aspecto psicótico entonces esa división digo del espectro autista... los chicos que tienen diagnóstico de asperger, que son asperger yo creo que no... no... directamente no tendrían que estar ni cerca de lo que es ehh... la cosa autista ¿no? Porque un autista grave es un chico que rosa el mundo psicótico... esa es mi visión... para mí son diferentes cosas.

Después puede ser que lo envíen para hacer diagnóstico ehh... si estamos hablando de psicosis, hay chicos que han consolidado un yo y por algún trauma como que se ha quebrado este yo, o ha quebrado el vínculo con la realidad que se yo son chicos que... alucinaciones que no tienen que ver con lo autista pero puede ser que a veces lo deriven con esa intención, quizás esa es la duda que a ellos le queda...

Yo creo que eh... hay mucho solapamiento de los cuadros... a veces me mandan un chico que dicen trastorno del espectro autista y yo les digo a los padres eh... bueno tratemos de sacar la palabra autista usted piense en asperger porque eso te va a guiar mucho más en la vida cuando vos leas la descripción de asperger que cuando vos leas la descripción de lo que es el espectro autista es como... un tipo con asperger es un tipo que está ávido del contacto pero no le sale el contacto con los demás ¿no?... pero es un tipo que contacta visualmente, que quiere estar en el mundo que quiere participar y esto se le complica porque no entiende los códigos del discurso analógico ¿no? Em... esto es una clase de chico y otra clase de chico es... Que está eh... que por ejemplo

sin habla, sin lenguaje, inquieto interiormente, que busca, que hace... que tiene gritos y que se manifiesta disruptivamente y bueno...este chico no tiene nada que ver con el otro asperger digo... este podemos hablar más de que le cuesta contactar con la vista...el contacto con la vista es muy importante uno ahí se da cuenta si el otro quiere y no puede porque es tímido o no quiere o si bueno...para mí el contacto visual yo le doy mucha importancia y bueno... los cuadros donde hay componente psicótico eh... bueno también... generalmente llegan a consulta la mayoría por trastorno de conducta porque son chicos disruptivos que ejercen digamos actos concretos agresivos eh...tienen problemas en la casa, problemas en el colegio digamos más por ese lado es que me piden a mí un salvavidas farmacológico que por otra cosa... yo creo que mi experiencia es así digamos...

Y en esos casos ¿se les da medicación a los chicos?

Yo para intentar... al intentar darle medicación a un chico lo que evalúo es el grado de lo disruptivo que tiene en su entorno ósea en su casa, en su escuela ¿por qué?...porque pienso que un chico que es disruptivo que pega, que se enoja, que no puede estar en el aula que esto, que el otro... es un chico que de a poco se va como cavando una fosa social ¿viste? Donde queda aislado, no lo invitan a los cumpleaños, no quieren jugar con él y eso aumenta su patología de encierro, de aislamiento y de bronca con el otro ¿viste? Entonces generalmente mi visión es que una dosis baja de medicación puede ayudar a que ese chico digamos se acomode un poco más a las reglas del juego de la sociedad y entonces bueno...tenga más interacción pueda confiar un poco más en sí mismo, se sienta más aceptado por el otro...

Y en los casos de urgencia por ejemplo... pienso en cómo actuar en una urgencia dentro de la institución, si se tiene un lugar de referencia a dónde acudir en el caso de que no te encuentres en la institución y surja una urgencia.

Eh... desconozco porque no hemos tenido...yo las urgencias que tuve a nivel infantil me toco pero no en relación al área de discapacidad, si con pacientes particulares quizás por el ánimo de ir reduciendo la medicación y que este lo menos posible con la menor medicación posible bueno... a veces lamentablemente ha terminado en una internación que en el circuito publico eh... es donde se desarrolló en este caso puntual.

En relación a esto que me decis de las internaciones... ¿tenes en cuenta las normativas que se presentan en la ley de salud mental?

Calculo que si... no se a cuales te referís.

La ley de salud mental plantea a la internación como último recurso...

Claro... de hecho la vez que me toco en un caso infantil recurrimos a capital federal digamos como valoración de la guardia... siempre la internación es el último recurso en discapacidad y en pacientes ambulatorios...siempre tiene que ser el último recurso porque cuando todo lo anterior no alcanzó ¿no?

Y el consentimiento informado? Tanto en los casos de niños o en adultos...informar el tratamiento que se llevara adelante y demás.

Siempre informo sobre el tratamiento, cuento de que se trata y cuáles son las acciones, la verdad es que en mi caso en particular tengo una falencia en que no genero el documento de firmarlo y de que es algo importantísimo y que es como un contrato de tratamiento pero la verdad es que no lo hago, es algo que tengo pendiente y me lo haces recordar hablando de esto...porque en la práctica lo hago pero en general hay que hacerlo pero me lo olvido sistemáticamente...hay que hacerlo porque aparte es algo que es un resguardo legal porque eh... si uno dando una medicación está asumiendo un riesgo ¿no?...porque hay efectos adversos que son eh... digamos de muy baja presentación pero que están descriptos pueden pasar... si uno al dar esa medicación firma un consentimiento informado de alguna forma es un contrato de tratamiento que la persona asume también ese riesgo. Si uno no firma nada, si el paciente no firma, eh... bueno nada, va a estar el profesional mucho más desamparado frente a la ley, frente a un posible reclamo jurídico si uno no ha firmado nada con lo cual me lo haces poner ahí en mi lista de prioridades e imprimir un consentimiento informado y tenerlo en mi rutina... es un papel más...tantas cosas se firman...

Siguiendo con preguntas... ¿Cómo pensas al trabajo interdisciplinario?

Para mí, en mí actividad es algo eh... porque he trabajado en grupos, he trabajado en hospital de día, he trabajado en internación con muy buenas experiencias interdisciplinarias y.... y bueno... en esta práctica privada lo que hago es tratar de

construir un espacio de dialogo con los pacientes, sean discapacitados o pacientes digamos ambulatorios que voy llevando y siempre intento que exista ese espacio de dialogo para enriquecer la visión de uno para tomar en cuenta lo que el otro piensa para crecer en la visión que uno tiene ¿no?... por ejemplo de esta charla me queda ahí la luz prendida de lo del consentimiento y no olvidarme de eso que es tan importante... siempre que charlemos... encima es una práctica que en el ámbito privado tiende a ser muy solitaria por eso digo que es algo que hay que mantener vivo ese dialogo porque es la forma en que uno incrementa la posibilidad de ver al otro y no se queda encerrado en sus convicciones que las convicciones eh... sirven pero también obturan... yo suelo trabajar con los pacientes que llevo creo que son un plus que me agrada y me gusta comunicarme con la psicóloga tratante, el psicólogo de que bueno... empezamos un tratamiento y ahí ya intercambiamos y creo que de ambas partes nos sentimos acompañados y como digo no solo acompañado sino con la sensación de que hay otro que me está ayudando a ver cosas que quizás no he visto o no he pensado...

Sabes que yo tuve la posibilidad de trabajar en un Hospital de Día en Barcelona y allá clasifican a los trastornos mentales... hay una clasificación que utilizan que es trastornos mentales severos ¿sí? Que son pacientes obviamente discapacitados pero adultos en este caso que yo trabaje que es un hospital de día y dentro del trastorno mental severo entra el “cluster ser” ¿viste? De trastorno de la personalidad todos los que son más del mundo... y “cluster a” también los que son esquizoides, los que son eh... bueno con fobia social ¿no? Personas muy retraídas y también psicóticos que estén descompensados digamos y... y bueno en este dispositivo eh... había reunión de equipo una vez a la semana, los viernes... ósea todos los días, todos los días ¡mira lo que te digo!... que entraba a trabajar teníamos una reunión de media hora con el jefe de servicio, enfermería, los psicólogos, los psiquiatras, los acompañantes terapéuticos, el terapeuta ocupacional eh... nos juntábamos media hora y los viernes una reunión de una hora... para que te des una idea lo que es eh... el concepto de la interdisciplinariedad en otros lugares y que cuanto más uno se comunica con el equipo más posibilidades hay de obtener buenos resultados...

Allá los diagnósticos son diferentes...

Si justamente es una de las cosas que yo te decía, el diagnóstico es algo que...que en realidad sirve para... ¿para qué sirve un diagnóstico?... para comunicarnos entre los profesionales, es decir, bueno te paso un H4, bueno pásame un H4... te paso... te derivo un D5 bueno viste... son códigos que nos sirven a nosotros para entender de qué estamos hablando ni siquiera para definir que es la persona, que es lo que le pasa a ese individuo ¡no! Es para que nosotros entendamos de que mundo estamos hablando... estamos hablando más de esta zona o más de aquella zona pero es algo muy amplio el diagnóstico ¿viste?... es un orientador y con el tema de internet imagínate que uno como padre te dicen “tu hijo tiene no sé... asperger” y te pones a buscar como loco... te dicen autismo y te pones a buscar autismo como loco y digo... muchas veces eso eh... los carga de temor, de prejuicios ¿viste? Hay que ser como muy cauteloso con eso y... y bueno, ir andando.

A veces bueno, un profesional se puede sentir tentado a sentir que... que quiere ser el que le da en la tecla entonces... “no a tu hijo le dijeron esto pero tu hijo tiene esquizofrenia” y no... ¡lo reventaste! Porque reventaste al padre, reventaste ese núcleo por sinceridad o bueno... hay que ser muy cuidadoso con eso y si quieres dar un diagnóstico porque te lo pide alguien, tratar de ser algo genérico, en algo que traiga más tranquilidad que preocupación...hay que ser muy cuidadoso y pensar que la familia va a convivir años y años con esta situación entonces hay que ser piensó lo más...aclararles el panorama sí, pero ser lo más benévolo posible en cuanto a la sutileza y a la delicadeza con la que uno trasmite una idea ¿no? Porque una vez que vos te creíste que tu hijo es un esquizofrénico bueno eh... lo más probable es que vayas a internet, que busques cosas, que veas eh... qué sé yo... noticias de actos de delincuencia de un esquizofrénico y la verdad es que el hijo nunca en su vida pueda llegar a hacer eso y entonces bueno... ¡tranquilos!

23 de Julio de 2019.

Entrevistador: Reyes, Melina Daniela.