

Universidad Nacional de Rosario
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Integrador Final

***“Hacia un abordaje interdisciplinario: reflexiones
sobre la práctica en un Centro de Día para
personas en situación de discapacidad”***

(Propuesta de intervención en el campo profesional)

AUTORA: Corrado, Guillermina

LEGAJO: C-5151/9

DOCENTE RESONSABLE: Dr. Contino, A. Martín

-Año 2017-

INDICE

• Resumen	4
• Palabras claves	4
• Denominación del Proyecto	4
• Descripción de la institución destinataria de la propuesta de intervención	
- ¿Qué es un Centro de Día?.....	5
- Centro de Día <i>Un Lugar</i>	5
• Descripción del grupo destinatario de la intervención	9
- Algunas reflexiones sobre la discapacidad.....	9
• Situación problemática	13
• Objetivos	
- General.....	14
- Específicos.....	14
• Descripción y justificación de la propuesta	14
- Reuniones de equipo.....	16
- Grupo de estudio.....	19
- Profesional de referencia.....	20
• Determinación de las acciones y plazos tentativos	21
• Recursos materiales y humanos	22

- **Evaluación general del proyecto.....22**
- **Referencias bibliográficas.....24**

Resumen

La presente propuesta de intervención está dirigida al Centro de Día *Un Lugar* al cual asisten personas en situación de discapacidad.

La principal problemática de la institución es que la modalidad de trabajo interdisciplinaria se ve en gran medida dificultada. También se percibe un escaso seguimiento y tratamiento singular de cada concurrente. Además, en los informes de los profesionales se han identificado distintas concepciones de salud; consecuentemente, sus objetivos de trabajo son diferentes. Tampoco hay reuniones de equipo donde se re-trabajen dichas problemáticas. Esto obstaculiza aun más la comprensión de la complejidad de las dimensiones de la salud. Así queda desdibujado el objetivo general del Centro: brindar un tratamiento integral centrado en la singularidad de cada caso.

Por ende, el objetivo general de esta propuesta es promover la construcción y permanencia de una modalidad de trabajo interdisciplinaria. Y los específicos son compartir los aspectos que puedan aportar desde cada disciplina para llegar a una nueva concepción de las problemáticas y de las posibles intervenciones; y consensuar un proceso de atención integral, pero capaz de contemplar a su vez la singularidad de cada concurrente.

Para su cumplimiento, se proponen *reuniones de equipo* mensuales, donde todos los profesionales puedan reflexionar sobre la práctica y re-trabajar los casos clínicos. También realizar *grupos de estudio*, donde se cuestionen conceptos, teorías que hacen a la práctica en salud mental y a la práctica con personas en situación de discapacidad. Y por último, para un seguimiento más singular del concurrente se propone designar un *profesional de referencia*.

Palabras claves: Salud Mental – Discapacidad – Interdisciplina

Denominación del Proyecto

“Hacia un abordaje interdisciplinario: reflexiones sobre la práctica en un Centro de Día para personas en situación de discapacidad”

Descripción de la institución destinataria de la propuesta de intervención

¿Qué es un Centro de Día?

En primera consideración, se vuelve pertinente definir qué tipo de institución es la destinataria de la presente propuesta profesional según los marcos legales vigentes.

Un *Centro de Día*, como lo afirma el Ministerio de Salud de la Nación (2000), es un servicio que se brinda al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

Es un recurso social intermedio. Un Centro socio-terapéutico y de apoyo a la familia que durante el día presta atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual. No hay que confundir con un *centro de mayores* al que pueden acudir todo tipo de personas, aunque no necesiten de ayuda alguna para su día a día (Rodríguez, 2015).

A través de las actividades que se desarrollen se procura alcanzar los siguientes objetivos específicos (Ministerio de Salud de la Nación, 2000):

- a) Lograr la máxima independencia personal.
- b) Adquirir hábitos sociales tendientes a la integración social.
- c) Integrarse adecuadamente al medio familiar de pertenencia.
- d) Evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional.
- e) Desarrollar actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes.
- f) Apoyar y orientar a la familia.
- g) Implementar actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria, acordes con sus posibilidades.

Centro de Día: Un Lugar

Tal propuesta de intervención en el campo profesional está dirigida particularmente al Centro de Día llamado *Un Lugar*. El mismo se encuentra ubicado en la localidad de Funes, en la Ruta Nacional N° 9.

El mencionado Centro de Día, abrió sus puertas en mayo del 2010. Se trata de una finca, que cuenta con una edificación de 350 metros cubiertos con todas sus dependencias, dentro de un predio de aproximadamente 5000 metros cuadrados, arbolado, con una huerta y pileta.

La institución es privada. La misma trabaja con las prestaciones de las obras sociales. Si bien es de carácter privado, el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, determina desde la Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad que para el funcionamiento del Centro, se requiere estar inscripto en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad.

A su vez, la Municipalidad de Funes establece la aptitud por parte de la inspección de comercio, bromatología, salud pública, higiene de seguridad y obras particulares. Además, el Colegio de Psicólogos lo autoriza como Centro por tener más de cuatro consultorios, y por otro lado, la provincia lo habilita a través de las juntas evaluadoras.

Las habitaciones con las que cuenta el Centro de Día son:

- Un comedor central donde los concurrentes almuerzan y meriendan. El espacio es suficientemente grande, lo que también permite que se realicen algunas

actividades grupales allí. Además, este ambiente está rodeado de paredes de vidrio, lo que accede a una conexión con el parque y la naturaleza del lugar.

- Dos aulas más pequeñas que cuentan con materiales didácticos, instrumentos musicales, materiales para la realización de artesanías, libros, revistas, etc.
- Una sala en la que se encuentran colchonetas y dos sillones para aquellos que necesiten descansar.
- Dos baños para los concurrentes, uno para mujeres y otro para hombres. Ambos son muy amplios y uno de ellos antecedido por una sala en la que los concurrentes suelen dejar sus pertenencias.
- Una cocina, un vestuario, un baño y un despacho que sólo utilizan los profesionales que allí trabajan.

El cronograma de funcionamiento es de lunes a viernes en el horario de 10 a 16 horas. Cada día está dividido en dos bloques horarios, cuya duración es de dos horas, y contempla la suspensión de actividades en los horarios de almuerzo y merienda. Los mismos se dividen de la siguiente manera:

- A las 10 de la mañana llega el transporte accesible con los concurrentes. Una de las funciones principales del personal es recibir a los mismos, saliéndoles al encuentro y acompañándoles al interior del Centro. En este momento se comprueba si traen todos los elementos necesarios para la jornada (medicación, ropa limpia, etc.). Algunos concurrentes, llegan en remis siguiendo un horario previamente establecido y otros con algún familiar, con lo que aquel horario puede no ser siempre el mismo, aunque se procura una cierta regularidad en cuanto a la hora de llegada. No todos los concurrentes asisten la jornada completa ni todos los días, sino que, por diversas razones, algunos asisten tres veces por semana o sólo en el turno tarde.
- A la mañana el primer turno comienza a las 10 y finaliza a las 12 horas, en el cual se llevan a cabo diferentes talleres cada día. Los talleres que se realizan en la institución son huerta, teatro, música, fotografía, radio, literario, pre-ocupacional y educación física. Hay mañanas en las que se dan dos talleres en simultáneo, por lo que los concurrentes deben elegir a cuál quieren asistir. La idea es que cuando elijan un taller, puedan tomar la responsabilidad de sostenerlo por varios meses y que no vayan variando entre uno y otro.
- Al mediodía se produce una suspensión de las actividades, en un turno de 12 a 14 horas, en el cual los concurrentes almuerzan. Luego del almuerzo tienen un tiempo de descanso, en el cual tienen la libertad de realizar lo que deseen, descansar, caminar, etc.
- A la tarde el turno es de 14 a 16 horas, en el que se realiza otro taller y en los últimos 30 minutos se aprovecha para merendar.
- A las 16 horas los concurrentes abandonan el Centro utilizando el servicio de transporte accesible, con antelación suficiente al horario de salida. Se concluye la actividad precedente y se prepara a todos para que accedan al transporte con destino a sus respectivas viviendas. El personal se preocupa de que se les entregue sus pertenencias.

El Centro, a la hora de planificar el horario de sus actividades, tiene en cuenta las características de los concurrentes acomodando las actividades tanto en su duración como en sus contenidos. Además, considera la rutina como un criterio a la hora de la planificación horaria, ya que se piensa que ello contribuye a afianzar al concurrente al contexto del Centro.

El equipo de trabajo del Centro de Día, está conformado por diferentes profesionales, como son: psicólogos, terapistas ocupacionales, médico generalista,

asistente social, nutricionista, kinesiólogos, fonoaudiólogos, profesores de educación física, acompañantes terapéuticos y talleristas diversos.

La Dirección y Co-dirección están a cargo de profesionales psicólogos, que garantizan el funcionamiento del Centro de Día, supervisando el trabajo que se desarrolla en el mismo; promoviendo una estadía digna y respetando los derechos de los concurrentes.

Se realizan entrevistas de admisión con los nuevos concurrentes, en donde la idea es llevar adelante las condiciones para realizar un trabajo integral con los concurrentes, la familia y la comunidad.

A partir de la evaluación del concurrente, el Centro de Día *Un Lugar* diagrama una propuesta a desplegar, teniendo en cuenta:

- Poder pensar en el desplazamiento en la posición del concurrente de forma tal que su condición de *objeto de cuidado* (lugar en el que habitualmente es dejado) pueda rotar a una posición que lo reconozca como sujeto de deseo, en una construcción de su subjetividad, deslizada de los condicionamientos que lo alinean en sus limitaciones e imposibilidades.
- Lograr la mayor independencia y autonomía a través de las distintas estrategias implementadas.
- Promover el máximo desarrollo posible de sus capacidades afectivas e intelectuales, a través de las diferentes prácticas y actividades pre-ocupacionales, recreativas, terapéuticas, expresivas, entre otras.
- Desarrollar actividades lúdicas, recreativas, culturales mediante participaciones deportivas, culturales, de intercambio, etc.
- Fomentar las actividades pre-ocupacionales de espacios y contextos de participación con otros dentro y fuera de lo institucional.
- Desarrollar un programa de integración social donde los jóvenes/adultos puedan ir ocupando lugares de trabajo no remunerativos, becas o subsidios de formación laboral y comunitaria.

Se busca ofrecer a quienes asistan, un mejoramiento en el devenir de la cotidianeidad, posibilitando el desarrollo de sus potencialidades para lograr una mayor independencia, adquirir hábitos de sociabilización, integrarse al núcleo familiar y mantener las conductas adquiridas y prevenir la pérdida de las mismas; generando inclusión a través del trabajo en espacios comunitarios, dentro de las posibilidades que cuente cada individuo.

Las diferentes actividades a desarrollar en el Centro de Día, apuntan a brindar un tratamiento integral centrado específicamente en las posibilidades y necesidades que caracterizan la singularidad de cada caso. Las mismas son:

- Tratamiento psicológico (individual/grupal) dentro de la institución.
- Tratamiento fonoaudiológico.
- Actividades pre-ocupacionales desarrolladas a través de los diversos talleres. Las mismas se desarrollan dentro de la institución o fuera de ella cuando están contenidas dentro del programa de inclusión social, como por ejemplo, cuando se concurre a centros culturales, fiestas, clubes, ferias, programas municipales que desarrolles actividades para la comunidad.
- Tratamiento y asistencia en terapias ocupacionales.
- Actividades deportivas y de estimulación motriz.
- Actividades recreativas y de sociabilización, a través de la concurrencia y participación en: paseos, salidas a espectáculos, participación en eventos deportivos o culturales, campamentos, etc.
- Controles médicos y psiquiátricos periódicos. Prevención y promoción de la salud.
- Orientación y supervisión nutricional.
- Asistencia y asesoramiento familiar.

La directora de la institución, durante una entrevista, comentó que según su punto de vista, los Centros de Día, en general, suelen efectuar sus intervenciones desde un lugar de violencia institucional, al decir de Ulloa. La misma puede presentarse en forma de una *encerrona trágica*. Este término hace referencia a toda situación en la que alguien, para vivir, trabajar, recuperar la salud, depende de algo o alguien que lo maltrata o destrata sin tomar en cuenta su situación particular. El efecto es lo siniestro que provoca una forma de dolor psíquico. Se presenta como situación sin salida, en tanto no haya un tercero que represente a lo justo y rompa con el cerco de los dos lugares. El síntoma típico es la resignación (Ulloa, 2008).

Tomando el Psicoanálisis como la línea de trabajo del Centro de Día *Un Lugar* y como consecuencia de sus características peculiares, se puede decir que el mismo se vuelve una disciplina idónea para abordar la subjetividad, operando donde el sujeto está en emergencia. Así la acción movilizadora, por obra de alguna intervención institucional, hecha desde la perspectiva psicoanalítica, puede llegar a producir modificaciones sustanciales. Lo que se intenta, es romper con la estabilidad alienada (Ulloa, 2008).

De este modo, se vuelve relevante definir qué se entiende por *intervención*. La intervención es “el conjunto de procedimientos que altera fundamentalmente a los sujetos involucrados en ella” (Duschatzky y Corea, 2002: 96). El mismo remite al concepto de implicación, esto es, altera tanto al sujeto de la intervención como a los sujetos sobre los cuales se interviene (Bixio, 2010).

Al hablar de la intervención, no se puede dejar de lado la concepción de *prevención*; en tanto que prevenir no es sólo anticiparse. Muchas de las intervenciones que se realizan en el Centro de Día *Un lugar* apuntan a la prevención de la salud entendida de este modo. Prevenir será intervenir, en tanto se piense el hacer en un espacio, y en un tiempo determinado.

En concordancia con esto, se trabaja en prevención porque se pretenden tres aspectos (Bixio, 2010):

- La creación de dispositivos para que aparezca la demanda. Un dispositivo puede ser una reunión, un taller, un proyecto, una planificación. No se espera que aparezca la demanda para empezar a intervenir, sino que se trata de generar demandas. Por eso es necesario crear un dispositivo para que esa demanda pueda generarse, pueda aparecer y no se queda esperando que alguien venga e interpele.
- Se previene cuando se da lugar a que aparezca el nombre propio. Se pretende hacer lugar para que lo singular se despliegue. Se trata de abrir posibilidades de producción de subjetividad en el proceso de transmisión.
- Los dispositivos tienen como objetivo la interrupción de aquellos síntomas que tienden a repetirse sin nombrarse, aquello que sintomáticamente irrumpe y se ha hecho natural, incuestionable. Y ante estas situaciones los sujetos quedan inmovilizados, imposibilitados de transformar lo que se ve como algo propio, como si se tratara de un estigma que los marca desubjetivándolos. No se pretende eliminar el síntoma, sino interrumpir. Abrirle nuevos sentidos, descoser los anudamientos que se han ido enquistando, disolver las frases repetidas. En esta interrupción es donde se apuesta a que pueda aparecer otra cosa.

En el Centro de Día *Un Lugar*, el *dispositivo* con el que se trabaja, como se mencionó anteriormente, es el taller. El *taller* es un dispositivo de trabajo en y con grupo; un artefacto que dispone una serie de prácticas para lograr un efecto en el cual cobrarán importancia entre lo verbal y lo no verbal, lo dicho y lo no dicho, los discursos y las prácticas (Cano, 2012).

Por ende, los dispositivos establecidos en este Centro de Día, los talleres, se vuelven una forma eficaz de intervenir. Se trata de cuidar qué decir y qué no decir,

cómo poner las consignas en palabras no perturbadoras, qué proponer hacer y qué no. Se intenta estar atentos a que aparezca la más mínima diferencia, para mostrarla devolviéndosela como suya, promoviendo que crezca. Soportando, por más dura y aburrida que sea, la repetición en los ejercicios, en el hacer. Repetición que permita enlazar, ligar, inscribir, anudar. Se piensan estrategias para que todos puedan participar mejor en la actividad. Además, se propone en acto cuestiones de identidad y de alteridad (Vegh, 2007).

Descripción del grupo destinatario de la intervención

El Centro de Día está destinado a jóvenes y adultos en situación de discapacidad, imposibilitados de acceder a la capacitación y/o ubicación laboral protegida.

En *Un Lugar* pueden asistir un total de veintidós personas como máximo, pero actualmente son quince los que asisten. Los concurrentes son jóvenes/adultos, a partir de los 18 hasta los 60 años, en situación de discapacidad. Esto hace referencia a un conjunto de personas muy heterogéneo que tienen características, condiciones, atributos muy diversos.

El ingreso de los mismos puede ser a partir de la finalización de la etapa de escolaridad y sin límite máximo de edad. Las causas de egreso de un concurrente pueden ser de diferente tipo, tal como alcanzar niveles de desarrollo que le permitan acceder a servicios educativos y/o laborales más adecuados a su nueva situación, modificación de sus condiciones psicofísicas de forma tal que sea imposible su permanencia en el Centro de Día, y requiera para su atención otro tipo de servicio especializado, cambios en su situación socio-familiar que imposibiliten su permanencia (enfermedad y/o fallecimiento de los padres, mudanzas, situaciones económicas críticas del grupo familiar, y en general todas aquellas causas que derivan en la internación del concurrente) (Ministerio de Salud de la Nación, 2000).

Los concurrentes de *Un Lugar* tienen su residencia en Rosario, Fisherton y Funes. Algunos viven con su respectiva familia, otros solos y dos concurrentes, a pesar de tener familia, viven en una residencia ubicada también en Funes.

Vale destacar que la situación económica y cultural de cada uno es muy variada, siendo éste un aspecto a tener en cuenta para pensar su salud.

Algunas reflexiones sobre la discapacidad

Al ser el Centro de Día una institución que presta su servicio a personas en situación de discapacidad, es de suma relevancia realizar algunas puntualizaciones respecto del concepto de la discapacidad, para poder así desplegar cual es la posición que toma la presente propuesta de intervención.

A lo largo del tiempo, la *discapacidad* ha tenido distintas concepciones. En un primer momento, se la ha tomado desde un *modelo de prescindencia*, el cual se puede contextualizar en la antigüedad clásica y en las sociedades griegas y romanas. Este modelo explica los orígenes de la discapacidad desde nociones religiosas y excluye a las personas en situación de discapacidad de la sociedad a través de políticas de marginación (Toboso Martin, 2008).

Más tarde, la discapacidad fue tomada por el discurso médico. En este momento, se trataba del *modelo rehabilitador*. Consolidado en el siglo XX, pone en juego explicaciones científicas para entender el origen de la discapacidad y plantea la posibilidad de normalización de las personas a través de un proceso de rehabilitación (Toboso Martin, 2008).

En las últimas décadas es posible observar un desarrollo importante, que va en ascenso, en nuestras sociedades occidentales respecto de como percibir y tratar a las

personas en situación de discapacidad. Estos cambios dan lugar al actual *modelo social*, el cual implica entender a la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Este modelo supone un progreso frente a los modelos anteriores: el de prescindencia, y el rehabilitador (Victoria Maldonado, 2013).

El modelo rehabilitador ponía énfasis en el tratamiento de la discapacidad, orientado a conseguir la cura, una mejor adaptación de la persona, un cambio en su conducta, situando el problema de la discapacidad dentro del individuo, es decir, que las causas de dicho problema son el resultado exclusivo de las limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas, que son asumidas como originadas por la deficiencia. En cambio, el modelo social pone énfasis en la rehabilitación de una sociedad, que ha de ser concebida y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas, gestionando las diferencias e integrando la diversidad (Victoria Maldonado, 2013).

El modelo social se presenta como nuevo paradigma, con un desarrollo teórico y político; considerando que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta nueva perspectiva, se pone énfasis en que las personas en situación de discapacidad pueden contribuir a la sociedad en iguales circunstancias que las demás, pero siempre desde la valoración a la inclusión y el respeto a lo diverso. Este modelo se relaciona con los valores esenciales que fundamentan los derechos humanos, como la dignidad humana, la libertad personal y la igualdad, que propician la disminución de barreras y dan lugar a la inclusión social, que pone en la base principios como autonomía personal, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. La premisa es que la discapacidad es una construcción social (Victoria Maldonado, 2013).

Sin embargo, en nuestras sociedades se sigue otorgando un lugar poco equitativo a las personas en situación de discapacidad. Se conceden identidades selladas, donde aquel que no produce, no encuentra fácil un lugar en el complejo entramado de la sociedad capitalista. En este sentido, la tarea del Centro de Día no debe centrarse en acompañar a estos sujetos a construir una identidad, sino por el contrario, trabajar para propiciar la deconstrucción de estas identidades estigmatizadas que produjo y sigue produciendo el saber médico-psiquiátrico y que sumerge a estos sujetos a sólo ser eso, un diagnóstico y un cuerpo que circula por los bordes sociales (Rocha, 2013).

La persona con discapacidad no se hace interesante al otro, en un contexto que determina que el más “rápido y ágil” es el mejor. Las relaciones materialistas de intercambio que son propias de nuestra sociedad actual, sumergen a las personas en vínculos superficiales donde lo primero que se ve o evalúa en el otro es lo que puede o tiene, no lo que es (Rocha, 2013: 82) (las comillas son del autor).

La presente propuesta se sitúa desde el mencionado modelo social para pensar a la discapacidad. Como referencia para la práctica en la institución, se extrae la definición de Rocha (2017) sobre discapacidad, quien sostiene que:

La discapacidad es una situación “real” que vive en un sujeto en un momento y lugar sociocultural dado, que se funda a través de la resultante entre la interacción de éste con su entorno, y que –puede o no– generar efectos tanto para: su propia subjetividad, su contexto familiar y por sobre las relaciones que establezca con su entramado social, desde su participación y funcionamiento (Rocha, 2010 según cita Rocha, 2017: 19) (las comillas son del autor).

Estos aspectos contribuyen a entender la discapacidad desde sus propios protagonistas, poniendo de manifiesto la necesidad de trabajar para una sociedad inclusiva. Esto implica reconocer a todos sus actores y caracterizarlos según su *situación de discapacidad* el cual “alude al conjunto de factores o circunstancias que

tienen que ver con las personas (población) en cuanto estén o puedan estar en condición de discapacidad” (Pantano, 2008: 12).

No obstante, esta concepción no es abordada ni compartida por todos los profesionales del Centro de Día *Un Lugar* ya que conviven diferentes conceptos para nombrar a los concurrentes, ejemplo, *persona discapacitada*, *persona con capacidades diferentes* o con *necesidades especiales*. Pero, ¿es lo mismo? ¿Tiene la misma implicancia en la práctica?

Tomando a Pantano (2008):

La expresión *persona con capacidades diferentes* parece culturalmente reservada para designar el defecto y no el exceso de capacidad. Bajo este enfoque por otra parte, tiende a ponerse el acento en la carencia o diferencia y no en el todo, en la persona, en su funcionamiento. De ahí que tener algún tipo de discapacidad específico muchas veces lleva a presuponer que se carece de otras capacidades, más que las dañadas (Pantano, 2008: 5).

En la discapacidad se encuentran afectadas algunas capacidades del sujeto, como pueden ser la vista, la capacidad para entender, para caminar, entre otras. Por lo tanto no se pasaría a tener otras capacidades, sino que son las mismas pero acotadas o aminoradas. Una *capacidad diferente* sería, por ejemplo, la que le permitiese a un hombre volar o ver a través de las paredes o predecir el futuro (Pantano, 2008).

Sin embargo, no es posible negar que exista una diferencia cuando se trata de una discapacidad. Pero esta diferencia, no hace referencia únicamente al estado de salud, sino que también a la manera en que se desenvuelva la persona en el entorno social, familiar. Es decir, una persona será discapacitada de acuerdo a sus propias características y al medio cultural, histórico y geográfico en el que habite, se socialice y desarrolle (Pantano, 2008).

Por lo antes dicho, se considera imprescindible reflexionar y unificar los conceptos con los que cuentan los profesionales que trabajan en el Centro de Día, a su vez, eliminar eufemismos y combatir la raíz de actitudes negativas hacia los concurrentes ya que se presupone que eso incide en la calidad del trabajo y en las prácticas en salud.

Como consecuencia de lo anteriormente mencionado, no se puede pensar, para la práctica en el Centro de Día, a la discapacidad en un sentido estático. Se retoma la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2007) con el fin de resaltar que el concepto de discapacidad está siempre en evolución. Por ende, para la presente propuesta de intervención surge, además, la necesidad de teorizar y construir formas de intervenir desde un marco teórico flexible y una construcción constante. El propósito de la mencionada Convención es:

[...] 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 de su dignidad inherente. 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 (ONU, 2007: 4).

De esta manera, se puede ver cómo la Convención busca no reducir la discapacidad simplemente a causas físicas o psíquicas, sino que se incorporan las barreras que se encuentran en el ambiente como otro factor discapacitante a tener en cuenta.

En lo que este punto importa, la nueva Ley de Salud Mental (Ley Nº 26.657), incorpora las recomendaciones de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, inaugurando para la Argentina una nueva etapa

histórica: el desafío de hacer efectiva la aplicación de la ley, construyendo un sistema de salud mental más justo y accesible para todos. De allí que ahora se alude a personas en situación de discapacidad como una forma más comprensiva de la problemática (Kraut y Diana, 2011).

En el marco de las prácticas en la institución, no se puede pasar por alto el término *inclusión*. La opción por la inclusión parte del reconocimiento de la dignidad de las personas y por tanto del respeto a su libertad y su autodeterminación. En consecuencia, un aspecto central de esta perspectiva es el reconocimiento y restitución de los derechos plenos de la persona: a la vida, al trabajo, a la educación, a la salud (ONU y MPS, 2008).

El reconocer que los seres humanos son distintos corresponde a asumir una postura en la que todas las personas tienen el mismo valor independientemente de sus características, su forma de pensar y de ser en el mundo.

En la Argentina, el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) del Ministerio de Salud de la Nación, es el encargado de hacer cumplir los derechos de las personas en situación de discapacidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

De esta manera, teniendo en cuenta estas definiciones, se considera de suma importancia el trabajo que se realiza el Centro de Día en relación al desarrollo de la autonomía de los concurrentes porque se reflexiona que esto facilitaría su inclusión social.

Según REDI (2011) la autonomía tiene una doble dimensión: una como moral y otra como derecho. La autonomía moral es la que nos permite vivir de acuerdo con las reglas que deseamos darnos a nosotros mismos, es decir, vivir de acuerdo con nuestros propios deseos e intereses. Por ejemplo, decidir sobre nuestra vida afectiva, nuestras relaciones comunitarias, nuestro estilo de vida, entre otros.

Por otro lado, la autonomía como derecho es el remedio o la tutela efectiva de poder vivir de manera independiente, sin que esa circunstancia afecte a nuestra autonomía moral. Por ejemplo, contar con medios de accesibilidad, asistencia personal, vivienda integrada en la comunidad, contar con apoyos para la vida diaria, entre otros. El principio de la autonomía es básico en cualquier estructura democrática, ya que sin este existe sustitución y opresión (REDI, 2011).

Las personas en situación de discapacidad, contrariamente con lo antes dicho, son generalmente llevadas de acá para allá, de la mano de los padres. Se los lleva de la casa a la institución, de la institución a la casa, y nunca se les pregunta si es lo que les gusta hacer, si prefieren hacer otra cosa. El hecho de hablarles y darles ese espacio para expresar su deseo, como se hace en los talleres del Centro de Día, los hace sentir que son personas adultas y autónomas. Si no se contribuye a ello, quedarán en una infancia eterna y toda esta rutina va configurando un trayecto cerrado, a modo de circuito discapacitante (Rocha, 2013).

¿Cuáles son las elecciones de los jóvenes en situación de discapacidad? ¿Se los deja elegir? Estas son algunas de las preguntas que se plantea Rocha (2013), y que parecen disparadores fundamentales para pensar al sujeto. Nadie que se dedique trabajar con personas en situación de discapacidad puede dejar por fuera en sus prácticas estos interrogantes.

Para que haya un sujeto que pueda elegir, primero debe haber otros que crean que él puede. El sujeto que elige, cuando existe una discapacidad, siempre está; sólo hay que salir a su encuentro, y es necesario que se crea en esto. Se trata de saber que el sujeto está ahí, más allá de la discapacidad, siempre hay alguien que espera que se ponga a su disposición un deseo propio para que sirva como sostén o soporte de lo que en él pueda advenir. La subjetividad se construye de la mano del otro; no es algo que está cerrado completamente (Rocha, 2013).

Tras estas consideraciones, se hace visible la gran importancia que tienen los talleres que se realizan en el Centro de Día para la construcción de la subjetividad de las personas que asisten a ellos. Por eso, se pretende que darle el espacio al sujeto en situación de discapacidad, para que pueda elegir y expresar qué es lo que les

interesa, es fundamental para que se le presente la oportunidad de reconstruir lo que no se pudo inscribir.

Mientras que el lazo hacia lo social permanezca roto para un sujeto, sea cual fuera su estructura psíquica, la identidad que una ocupación pueda otorgarle permitirá restituir algo de lo no inscripto en él y permitirá realizar una operación que lo reposicione en un lugar diferente para la comunidad donde éste se haya inserto (Rocha, 2013: 77).

Se retoma todo este recorrido para ubicar al Centro de Día *Un lugar* como una respuesta a tales problemáticas, como un prestador de servicio, en el cual asisten personas jóvenes/adultas en situación de discapacidad.

Situación problemática

Se considera que, en el Centro de Día *Un Lugar*, los talleres y el trabajo que se realiza a nivel individual son muy interesantes, porque cada tallerista aporta algo diferente y los concurrentes se perciben predispuestos en realizarlos. Sin embargo, no hay reuniones de equipo donde haya un re-trabajo de forma grupal e interdisciplinaria de lo que sucede en dichos talleres y fuera de los mismos. Así como tampoco hay realmente un seguimiento y tratamiento singular de cada uno de los concurrentes.

Además, en los informes semestrales y anuales de los profesionales de diversas disciplinas que allí trabajan, se pueden identificar distintas concepciones de salud; y consecuentemente, el objetivo de trabajo es diferente en cada uno de ellos. Así queda desdibujado el objetivo general del Centro de Día: brindar un tratamiento integral centrado específicamente en las posibilidades y necesidades que caracterizan la singularidad de cada caso.

Por ende, las problemáticas que surgen durante el año no se abordan desde una modalidad integral. Es decir, cada disciplina se dedica a su especialidad sin una relación con las demás disciplinas. Esta modalidad de trabajo lleva a una excesiva especialización que fragmenta el conocimiento en áreas y obstaculiza la comprensión de la complejidad de las dimensiones de la salud.

Por este motivo, se vuelve necesario que cada disciplina, desde su teoría, aporte algún aspecto a considerar a los demás profesionales, así el trabajo se vuelve interdisciplinario y más enriquecedor. Pero a su vez, es indispensable unificar un criterio de intervenciones ya que si bien hay diferentes disciplinas, para poder realizar un trabajo interdisciplinario es imprescindible por lo menos compartir una misma concepción de sujeto, de discapacidad y de interdisciplina, ya que se presupone que eso incide en la calidad del trabajo y en las prácticas en salud.

Para ello, se proponen *reuniones de equipo* mensuales, donde todos los profesionales puedan acudir, en las cuales se pueda abrir un espacio para reflexionar sobre la práctica y un re-trabajo de los casos clínicos.

Asimismo, se considera necesario, para promover una práctica pensando la salud desde una perspectiva integral, realizar *grupos de estudio*, en donde se re-trabajarán sobre ciertos conceptos, textos, teorías que hacen a la práctica en salud mental y específicamente, a la práctica con sujetos en situación de discapacidad. Ya que no se puede pensar a la discapacidad en un sentido estático, surge esta necesidad de teorizar y construir formas de intervenir desde un marco teórico flexible y una construcción constante.

Sin embargo, los profesionales del Centro de Día *Un Lugar* no sólo deben concretar y sostener una modalidad de trabajo interdisciplinaria en el tiempo, sino que también se propone un seguimiento más singular de concurrente asignando un *profesional de referencia*.

Se exponen dichas propuestas ya que se han notado, en estos últimos meses, un malestar en algunos profesionales (psicólogos específicamente), por no haber una

comunicación fluida entre todos los profesionales que allí trabajan. Así como también una falta de información y seguimiento de los concurrentes.

Objetivos Generales y Específicos

General:

- Promover la construcción y permanencia de una modalidad de trabajo interdisciplinaria en el Centro de Día *Un Lugar*.

Específicos:

- Compartir los aspectos que puedan aportar desde cada disciplina para llegar a una nueva concepción de las problemáticas y de las posibles intervenciones.
- Consensuar un proceso de atención integral, pero capaz de contemplar a su vez la singularidad de cada concurrente.

Descripción y justificación de la propuesta

La presente propuesta de intervención profesional la cual se denomina “*Hacia un abordaje interdisciplinario: reflexiones sobre la práctica en un Centro de Día para personas en situación de discapacidad*” será planificada para el año 2018. Se comenzará con una reunión a principio de año, después de las vacaciones las cuales son planeadas del 1ro al 15 de enero. Es decir, que la primera reunión será en la primera semana luego de la reincorporación de todos los profesionales y concurrentes.

Las acciones, que a continuación se describirán, serán realizadas cada 15 días, con una duración de dos horas cada una. La asistencia a las mismas será de carácter obligatorio, ya que se considera que deberían formar parte del trabajo en el Centro de Día y que contribuirán hacia un trabajo de mayor calidad y con efectos beneficiosos para los concurrentes. Al ser consideradas como parte fundamental del trabajo las horas extras que se propongan para dichas actividades serán pagas.

Se proponen tres actividades como anteriormente se mencionó. Por un lado, las *reuniones de equipo* que se realizarán una vez al mes, los días lunes a las 16 horas, con una duración de dos horas. La otra es la asignación de un *profesional de referencia* para cada concurrente. Y la última, es la constitución de un *grupo de estudio* (programa de formación para los profesionales), que se realizará a los 15 días de las reuniones de equipo. Se concretarán, también los días lunes a las 16 horas, con una duración de dos horas.

A continuación, se vuelve necesario fundamentar teóricamente tales propuestas.

Una de las principales problemáticas que se presenta en el Centro de Día *Un Lugar*, es que no todos los profesionales que trabajan en la institución tienen la misma concepción ni la misma manera de entender la salud; consecuentemente, el objetivo de trabajo es diferente en cada uno de ellos.

Se puede identificar, en algunos informes semestrales y anuales de los profesionales del Centro, un concepto de salud simplemente como ausencia de enfermedad. En otros, en cambio, se deduce una definición de salud, concordando con la Organización Mundial de la Salud, como el “completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006: 1). Esta definición realiza un aporte significativo cuando incluye a los aspectos mentales y sociales, ya que coloca a sus intérpretes en una posición de mayor amplitud, de mayor comprensión del proceso de salud-enfermedad.

Pero, entonces: ¿Se podría pensar a los concurrentes en un estado de completo bienestar permanentemente? o ¿Significa eso que nadie nunca estaría sano? ¿Será que entonces el trabajo en salud persigue algo que no puede lograrse en la vida real?

Estas diferencias conceptuales de los profesionales es una de las problemáticas con las que se enfrenta el Centro de Día que hacen que se diluyan los objetivos principales propuestos. De esta manera, los conceptos de Ferrara y de Tejada Rivero, se vuelven útiles para tomar una posición frente a las prácticas profesionales en el Centro de Día *Un Lugar*. Estos conceptos resultan críticos sobre un planteo médico-hegemónico que es limitado para pensar la temática que convoca la presente propuesta de intervención

Ferrara (1985) menciona que hay que buscar el sentido dinámico de la salud-enfermedad, y que la misma debe ser comprendida como una búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia. Es decir, el dinamismo requerido para interpretar el proceso de salud-enfermedad hace la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad. Es un proceso incesante que incluye las características sociales e históricas.

Entonces, es la salud una la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. No se trata de eliminar microbios, ni de enseñarle a las personas como tienen que vivir, ni alcanzar un estado imposible. Se trata de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para ello es necesario constituirse como sujeto, asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros (Ferrandini, 2011).

Asimismo, se toma en cuenta un planteo como el de Tejada de Rivero, para quien la salud es una realidad social cuyo ámbito no puede ser separado con nitidez de otros ámbitos sociales y económicos; es sobre todo una realidad social compleja, un proceso social y un proceso político. La posibilidad de abordar este concepto desde las ciencias sociales exige superar enfoques biomédicos apoyados en el paradigma positivista y médico hegemónico, que reducen el concepto de salud a la mera ausencia de enfermedad, sujetándolo a miradas biologicistas (Tejada de Rivero, s.f., según cita Fidalgo, 2008).

No obstante, es necesario ir más allá de estas definiciones, ya que no se puede dejar de lado la concepción de *salud mental* a la hora de pensar la práctica de los profesionales en la institución. De acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental, se define a 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 creación de derechos humanos y sociales de toda persona (Ministerio de Salud de la Nación, 2013: 11).

Tal como argumenta Galende (1990), la salud mental se define a partir de una ética que considera al sujeto del sufrimiento mental, su historia, su sensibilidad, su experiencia, su memoria, la dimensión conflictiva de toda experiencia humana y propone al sujeto la comprensión conjunta del malestar psíquico, es decir su participación en el proceso de atención.

Siguiendo con Galende (2008) se entiende que la propuesta de salud mental es la comprensión de los procesos subjetivos en el terreno de la vida social y cultural de las personas, teniendo como principal herramienta la palabra, el diálogo, para recuperar las capacidades de pensamiento y reflexión.

Entonces, cuando se habla de salud mental no se refiere a la locura, sino a las capacidades con las que cuenta una persona para vivir diariamente en sociedad y relacionarse con otros (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). De esta manera, el cuidado de la salud mental de los concurrentes que asisten al Centro de Día *Un Lugar*, no debe ser sólo un tema de los psicólogos o de los psiquiatras, sino algo que interpela a toda la sociedad, como también a todos los profesionales que allí trabajan. Esto es así porque la forma de percibir al mundo se construye en la relación con los otros, con la familia, la comunidad, la cultura, etc.

Sin embargo, en el Centro de Día *Un Lugar*, al no haber reuniones de equipo donde se aborden dichas formas de pensar a la salud, el trabajo queda restringido, por un lado al campo médico, cuando hace la visita la psiquiatra y por el otro, a las prácticas *psi*. Esta carencia de comunicación entre los miembros del Centro de Día obstaculiza las relaciones entre las disciplinas, y esto suele ser agudizado por la propia estructura institucional.

Entonces, si se entiende que el sufrimiento/padecimiento psicosocial es producto de diversas variables, como anteriormente se desplegó, su abordaje no puede quedar restringido a ninguno de estos dos campos. Por este motivo es fundamental y necesaria una *modalidad de trabajo interdisciplinaria* en el Centro de Día, sin dejar de lado la importancia de las prácticas asistenciales singulares. Desde este marco, los recursos para el abordaje deben reflejar la complejidad de los problemas a tratar, entendiendo el sufrimiento subjetivo en todas sus dimensiones (Belizán y Cocconi, 2017).

Es decir, que el mejoramiento de la salud mental de cada uno es un trabajo de todos, es una construcción social. El derecho a la salud mental forma parte de los derechos humanos y sociales de las personas (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Esta propuesta de intervención no sólo se sustenta teóricamente sino que es la modalidad de trabajo que propone la Ley de Salud Mental, es decir, que también tiene un marco legal:

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 (Ministerio de Salud de la Nación, 2013: 17).

En la Ley de Salud Mental lo que se intenta ya no es internar y recluir a los pacientes, alejándolos de sus afectos y de su comunidad. Sino que la idea es reinsertarlos en la sociedad para que puedan trabajar, casarse, tener hijos, estudiar, votar, etc. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Este es uno de los principales objetivos del Centro de Día, ya que lo que intenta es evitar la internación y promover una inclusión social.

Además, La Ley nos menciona la obligatoriedad de dicha forma de abordaje:

En aquellas jurisdicciones en donde aún no se han desarrollado equipos interdisciplinarios, la Autoridad de Aplicación en conjunto con las autoridades locales, diseñarán programas tendientes a la conformación de los mismos, estableciendo plazos para el cumplimiento de dicho objetivo. Hasta tanto se conformen los mencionados equipos, se procurará sostener una atención adecuada con los recursos existentes, reorganizados interdisciplinariamente, a fin de evitar derivaciones innecesarias fuera del ámbito comunitario (Ministerio de Salud de la Nación, 2013: 57).

Es por esto que se debe promover una modalidad de trabajo interdisciplinaria en el Centro de Día *Un Lugar*. Para ello se propone *reuniones de equipo* mensuales. Se debe articular un sistema de trabajo en equipo donde participen activamente la totalidad de los profesionales que allí trabajan. El equipo interdisciplinario del Centro se compondrá de los profesionales que actualmente trabajan (médicos, psicólogos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social, profesor de educación física, profesor de teatro, profesor de música, talleristas) y de los posibles profesionales que se incorporen al mismo.

En las reuniones interdisciplinarias, el equipo de trabajo realizará un seguimiento de los tratamientos de cada concurrente y se discutirán las acciones e intervenciones adecuadas que permitan promover la autonomía, la inclusión social, la subjetivación y alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos.

Las funciones de los diferentes componentes del equipo serán las propias de la categoría profesional. No obstante, es importante delimitar las competencias profesionales, distribución de tareas y responsabilidades relacionadas con el objetivo general del Centro.

Se vuelve pertinente aclarar algunos términos ya que pueden confundirse, ellos son los de multidisciplina e interdisciplina. Tal distinción es importante para llegar a una comprensión mayor de la presente propuesta de intervención.

Siguiendo a Elichiry (1987) el *enfoque multidisciplinario* es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas del conocimiento, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas. La característica de esta perspectiva es su visión atomística de la realidad y un total aislamiento respecto de toda demanda social. Esta concepción disciplinaria nos lleva a una excesiva especialización que fragmenta el conocimiento en áreas y obstaculiza la comprensión de la pluralidad y complejidad de las dimensiones de la realidad.

La aproximación *interdisciplinaria*, en cambio, surge como respuesta a la demanda social, ante las situaciones de problemas cada vez más complejos. Esta orientación interdisciplinaria puede favorecer la integración y producción de conocimientos (Elichiry, 1987).

Stolkiner (1987) planteaba que “los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (313).

La interdisciplina requiere de un trabajo sostenido y constante. Como afirma Elichiry (1987): “una cooperación ocasional no es interdisciplina” (337), se requiere de una actitud de *cooperación recurrente*. Es decir, que un encuentro casual entre profesionales, no es interdisciplina, y esta situación es lo que sucede en el Centro de Día *Un Lugar*. Si los profesionales no se cruzan en sus horas de trabajo, no hay comunicación entre ellos, a no ser que sea de una situación de mucha gravedad y se comuniquen por teléfono o pauten alguna reunión específica.

Se puede decir que las condiciones de desarrollo del accionar interdisciplinario encuentran obstáculos importantes en el Centro de Día, pero no por una hegemonía de algunas disciplinas sobre otras ni por condiciones de empleo inestables de sus miembros, sino por no considerarlo parte del trabajo. Aunque resulte obvio, se vuelve necesario recordar que el trabajo interdisciplinario es un trabajo grupal. Es decir, las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas (Stolkiner, 1999a).

Como es fácil de deducir, la herramienta más importante en el abordaje de problemas complejos, es la recreación de los vínculos entre los profesionales. Redefinir los vínculos entre los trabajadores de salud entre sí, entre ellos y la comunidad, entre sus integrantes y los que sufren; así como también generar vínculos capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía, y transmitir afecto es de suma importancia para un trabajo interdisciplinario en el Centro de Día (Ferrandini, 2011).

En los equipos de salud, lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión. Suelen ser equipos con coordinaciones flexibles y no con jefaturas asignadas según profesión. Para ello, resulta necesario un *operador de interfase*, en este caso puede ser una de las psicólogas del Centro, ya que debe ser un agente que comprenda horizontalmente el lenguaje de las distintas disciplinas en juego y opere como traductor. La coordinación de un equipo interdisciplinario es una función decisiva, debe poder situarse como facilitador y generador de los dispositivos necesarios para la producción del marco común entre disciplinas. Es decir, se debe generar los espacios para la contrastación de los discursos (Stolkiner, 2001).

La primera tarea de construcción de *inter-saberes* que desafían estos equipos es la formulación del programa a desarrollar y de sus objetivos. La base de la misma es la definición del problema y de sus actores. El marco referencial común implica, entonces, acuerdos básicos ideológicos: ¿Cuál es el tipo de relación que se intenta construir entre equipo de profesionales y los concurrentes? ¿Cómo se define al sujeto de estas acciones? (Stolkiner, 1999b). Como se fundamentó al comienzo, no es lo mismo, por ejemplo, definir a los concurrentes como *discapacitados* que como *sujetos en situación de discapacidad*. Los márgenes de autonomía del equipo en sus definiciones, dependerán del marco institucional y de los planes en los que se inscribe, además de las complicadas tramas burocráticas en las que suelen encontrarse atrapados.

Otro concepto clave para Stolkiner (1999b) es el de *multi-referencialidad teórica*, que consiste en reconocer, en un abordaje particular, las diversas vertientes teóricas y disciplinarias desde las que puede encararse. Aun cuando se encare un problema desde un campo disciplinar o teórico, es preciso pensar cuáles son las facetas que quedan abiertas a otros enfoques, su posible constitución como objeto de otros saberes. También incorpora el concepto de *importación de saberes*, el cual se da cuando los saberes pasan de un campo disciplinar a otro. Inclusive de marcos conceptuales que atraviesan transversalmente distintos saberes disciplinares en un determinado momento del conocimiento.

Siguiendo con las ideas de Stolkiner (1999a) se concuerda que para que el equipo interdisciplinario pueda funcionar como tal se requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos -reuniones de discusión de casos, grupos de estudio, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. Sería bueno que los que programan acciones interdisciplinarias desde los niveles decisorios, tuvieran claro que para lograrlas se requiere algo más que un grupo heterogéneo de profesionales trabajando a destajo.

Además, se torna relevante destacar un debate que plantea Stolkiner (1999a) sobre lo interdisciplinario, en el cual se contraponen dos tipos de prácticas. Una de ellas es la investigación interdisciplinaria, en la cual su énfasis está puesto en la producción de conocimientos. La otra es la configuración de *equipos interdisciplinarios asistenciales* en los cuales lo central es la producción de acciones.

Una diferencia entre equipos interdisciplinarios de investigación y equipos interdisciplinarios de asistencia, es que estos últimos se constituyen por distintas profesiones. Este deslizamiento (de disciplina a profesión) es un claro deslizamiento hacia el campo de prácticas. Una pregunta que los equipos asistenciales deben también realizarse es cómo incorporan una amplia gama de saberes que no son disciplinarios. Esto es particularmente notable en el caso de equipos que trabajan con comunidades, pero es igualmente necesario en todos ellos, a menos que aborden su práctica desde una representación fuertemente tecnocrática (Stolkiner, 1999a: 1).

Es decir, cuando se habla de las prácticas centradas las acciones programadas, la elección de los miembros del equipo se desliza desde los campos de las disciplinas a los de las incumbencias y perfiles profesionales. Los contextos institucionales en que se desenvuelven no son académicos e impregnan fuertemente sus quehaceres. Stolkiner (1999b) diferencia los equipos que se insertan en Servicios Hospitalarios de aquellos que se desenvuelven en prácticas comunitarias. En estos últimos, es frecuente que algunos de sus miembros no sean profesionales o no representen una disciplina científica sino otro tipo de saber (saberes no-disciplinarios), como sucede en *Un Lugar*, ya que trabajan diferentes talleristas (profesores de música, de teatro, de gimnasia). Tal es el caso de la dimensión estética y simbólica que puede aportar un miembro que proviene del campo del arte y no de la ciencia.

La concreción de estrategias colectivas y la construcción de discursos alternativos sólo es posible en el lazo social. Trabajar como operadores de esos procesos, hacerlo interdisciplinariamente e inclusive incorporando saberes no disciplinares, se impone como una de las estrategias actuales en el campo de la salud mental (Stolkiner 2001: 7).

Sin embargo, esto es un desafío mayor que se presenta particularmente en el Centro de Día: ¿Cómo integrar saberes que no son disciplinarios, que no se estructuran como conocimientos científicos? Esta es una pregunta que atraviesa la dimensión estética y el arte (cabe recordar que la producción artística es, también, una forma de comprensión de la realidad), la ética y los constructos de las comunidades y los actores (Stolkiner, 2005).

Estos ámbitos están alejados del campo de la reflexión y suelen carecer de dispositivos específicos en donde se conceptualice rigurosamente sus prácticas. Sin embargo, estos espacios son necesarios para pasar de la sustentación pragmática o intuitiva a la explicitación de los distintos saberes en inter-juego. Es entonces indispensable que se constituyan e institucionalicen dispositivos de reflexión en el Centro de Día *Un Lugar*, ya que estas prácticas están en el marco del cuidado de la salud mental, con toda la complicación que esto conlleva. Se considera que incorporar recursos del campo de la investigación, programas de formación pueden ser una posible solución para esta necesidad.

Considerando esta problemática, se propone realizar un *grupo de estudio* en donde se re-trabajen sobre ciertos conceptos, textos, teorías que hacen a la práctica en salud mental y específicamente, a la práctica con sujetos en situación de discapacidad. Ya que no se puede pensar a la discapacidad en un sentido estático, surge esta necesidad de teorizar y construir formas de intervenir desde un marco teórico flexible y una construcción constante.

Se propone diseñar un programa de formación continua de los profesionales estableciendo temas y conceptos a desarrollar con una frecuencia mensual, de dos horas al mes, al menos inicialmente.

Es un programa indispensable, ya que se considera fundamental para el éxito de todo proceso de intervención. El objetivo general se centra en proporcionar una atención integral de la salud de los concurrentes. La formación debe estar en estrecha relación con las necesidades formativas específicas de las personas atendidas en el Centro de Día *Un lugar*, en función de los objetivos de atención del mismo y de los programas de intervención que se pretendan llevar a cabo.

Así mismo, la formación debe ser flexible y abierta a las nuevas situaciones y necesidades formativas. Se propone desde la Dirección cierto contenido básico que se considere necesario para que los profesionales que trabajan en el Centro tengan en cuenta en sus intervenciones. Dicho contenido se coincidirá en función de la cualificación previa del personal concreto del Centro y se perfilará en función de las actividades terapéuticas desarrolladas en el mismo.

Es decir, todo el material a trabajar vendrá determinado por el nivel formativo previo de los profesionales que integren el equipo interdisciplinario. En general, para una fase de formación previa están indicados los contenidos de carácter básico, así como un mínimo de contenidos especializados relacionados con las actividades terapéuticas a desarrollar en el programa de intervención. En la formación posterior, el esfuerzo se centrará en una profundización en los contenidos de carácter más especializado así como en la cobertura de necesidades de formación detectadas a lo largo de la puesta en marcha del Centro.

La formación continua de los talleristas y profesionales la desarrollarán tanto la directora y las co-directoras, así como también los propios profesionales del Centro. Es decir, durante el año los diferentes profesionales van a proponer ciertos materiales y herramientas que hacen de su práctica para trabajar con personas en situación de

discapacidad. Así, se puede tratar con conceptos, teorías o posturas desde las diferentes disciplinas.

La acción formativa se dirige hacia todo el personal que atiende de forma directa y continua a los concurrentes. Por eso es conveniente que la totalidad de profesionales acudan a estas sesiones formativas.

Otra de las problemáticas que se puede detectar en el Centro de Día, es la falta de un seguimiento singularizado para cada concurrente. Esto se vuelve necesario ya que en los últimos meses, se ha notado disconformidad y malestar en algunos profesionales (especialmente psicólogos) por la dificultad de hacer un seguimiento más singular de cada uno de los concurrentes, pero no por falta de responsabilidad sino por el tiempo que ello le conllevaría. Así como también la falta de información de algunos de los concurrentes y la necesidad de re-trabajar algunas situaciones y casos clínicos. Es así como quedan desdibujados algunos de los objetivos principales del Centro de Día.

Siguiendo con las ideas de Ferrandini (2011), en primer lugar, se debe escuchar al sujeto y luego preocuparse por lograr cambios, más que cumplir protocolos, llenar planillas y cumplir indicaciones. Las preguntas que los trabajadores de la salud se deben hacer son: ¿Qué se puede hacer para superar los problemas de cada uno de los concurrentes? ¿Cuánto se ha contribuido a que aumenten el control sobre sus vidas?

Para poder llevar a cabo tales lineamientos, los profesionales del Centro de Día *Un Lugar* no sólo deben concretar y sostener una modalidad de trabajo interdisciplinaria en el tiempo, para promover una práctica pensando a la salud desde una perspectiva integral; sino que también se debe asignar un *profesional de referencia* para cada concurrente. Así, no se olvida de contemplar la singularidad de cada concurrente en una práctica con modalidad de abordaje interdisciplinaria.

Se vuelve imprescindible que se desarrollen programas de intervención donde se garantice una atención especializada que dé respuestas a las necesidades de quienes asisten al mismo, sin descuidar otros aspectos de gran relevancia en la intervención como es el ámbito ambiental tanto en su dimensión física como social.

Por ende, se propone concretar un sistema de seguimiento continuado de los concurrentes donde un profesional sea la persona de referencia, tanto para el concurrente, como para su respectiva familia, para el resto de los profesionales y para los directivos; de esta forma los profesionales no tienen que hacer un seguimiento de todos los concurrentes al mismo tiempo, ya que esta sería una tarea muy compleja. Los profesionales se distribuirán de manera equitativa, privilegiando el vínculo que cada concurrente tenga con los distintos profesionales.

Esta propuesta se considera relevante ya que, siguiendo con el modo de concebir la salud que se viene desglosando, se puede decir que no hay problemas iguales, como tampoco puede haber estrategias universales para enfrentarlos. Es poniendo en común diferentes perspectivas, discutiéndolas sin que ninguna voz se reconozca como más importante que otra, y así poder lograr proyectos terapéuticos y de cuidado más efectivos. Las estrategias que se piensen en las reuniones de equipo deberán ser diferentes para cada sujeto. Diferentes y complejas porque deben ser diseñadas atendiendo a los diferentes contextos en los que los problemas se sufren, a los deseos, capacidades, recursos, historias, potencias de los sujetos y sus comunidades (Ferrandini, 2011).

Por estos motivos, se considera de suma importancia la implementación de tales dispositivos en el Centro de Día *Un Lugar*. Según Baremblytt un dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo Radical (Baremblytt, 1992, según cita Wanger de Sousa Ocampo, 1998). Se puede observar que en esta conceptualización los dispositivos aparecen como combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional, pero que no forman parte de la estructura de las organizaciones. Serían artificios que se introducen con el objetivo de instaurar algún

proceso nuevo, programas asistenciales, modificaciones en la cultura institucional, o para reforzar o alterar valores, etc. Cuando se anhelan cambios o asimismo el refuerzo de algún comportamiento, se acostumbra a utilizar dispositivos para intervenir en la realidad cotidiana de los servicios.

Sin embargo, en el Centro de Día *Un Lugar*, estos espacios deberían tener un carácter permanente y alterar la lógica fundamental del funcionamiento de la organización, tanto en su dimensión gerencial, como en sus aspectos asistenciales. En el Centro la incorporación de estos dispositivos, se vio siempre dificultado principalmente por su dimensión gerencial, ya que la directora no se implica directamente en el trabajo de los profesionales, ejemplo, suele haber muchos profesionales que faltan y la misma no toma conocimiento de ello. Se puede reflexionar que no se trata de una organización estructural vertical como suele ocurrir en muchas instituciones, sino que al contrario, hay una organización demasiado horizontal y esto dificulta a la hora de tomar decisiones.

Además, no hay una mínima separación departamental entre los profesionales y las especialidades. Por ejemplo, la cocinera interviene de igual modo que otro profesional, es más, es ella quien da la medicación a los concurrentes. No es desprestigiar su labor, sino que se considera que si va a efectuar intervenciones con los concurrentes es necesaria una formación o pertinencia profesional mínima para poder sustentar tales intervenciones. Es decir, los límites se vuelven tan difusos que complejizan el trabajo.

Con un sistema de poder muy horizontalizado, con toma de decisiones difusas e individuales, se vuelve aun más necesario estimular la comunicación entre todos los profesionales. Un proceso de trabajo centrado en procedimientos y no en la producción de salud tiende a diluir el compromiso del equipo de salud con los concurrentes.

Valerse de todos estos recursos es una de las reglas para una buena coordinación. Lo que se está afirmando es la insuficiencia de este recurso y sugiriendo que se emprendan cambios en la modalidad de trabajo del servicio de salud ofrecido, recreándolo de nuevo. Dispositivos que produzcan otra cultura y otras líneas de subjetivación. Se trataría de instaurar un nuevo orden organizacional que estimulase el compromiso del equipo con la producción de salud, sin exigir en cambio omnipresencia u omnipotencia, pero que les facilitasen, al mismo tiempo, la adecuada realización personal y profesional (Wanger de Sousa Ocampos, 1998).

Determinación de las acciones y plazos tentativos

A continuación, se presentará un cuadro tratando de clarificar cuáles son los objetivos con sus respectivas acciones que se pretenden llevar a cabo. Así como también los plazos tentativos, teniendo en cuenta la posibilidad de la flexibilidad que puedan tener los mismos.

Cuadro de objetivos, acciones y plazos tentativos

Objetivos	Acciones	Plazos
Promover una modalidad de trabajo interdisciplinaria en el Centro de Día <i>Un Lugar</i> .	Concurrir a reuniones de equipo mensualmente.	De enero a Diciembre
Consensuar un proceso de atención integral, pero capaz de contemplar a su vez la singularidad de cada concurrente.	Asignar un profesional de referencia a cada concurrente y re-trabajar los casos clínicos en reuniones de equipo.	De Febrero a Marzo (asignación del profesional) De Marzo a Diciembre (re-trabajo de los casos)
Compartir los aspectos que puedan aportar desde cada disciplina para llegar a una nueva concepción de las problemáticas y de las posibles intervenciones.	Grupo de estudio (Programa de formación)	De Febrero a Noviembre (Diciembre será destinado para la escritura y la evaluación de los informes anuales)

Recursos materiales y humanos

Los *recursos materiales* necesarios para llevar a cabo la propuesta de intervención, en primera medida, es un lugar, un punto de encuentro para establecer dichas reuniones de equipo y grupos de estudio. Se considera que en el Centro de Día se podría llevar a cabo ya que tienen muchos espacios amplios para que todos los profesionales estén cómodos.

Otro de los recursos a tener en cuenta, será para los grupos de estudio. Estos recursos necesarios para concretar tal propuesta serán las fotocopias o libros necesarios para los profesionales, sobre los cuales se van a trabajar. Es recomendable el armado de una biblioteca institucional que vaya incorporando todo el material con el que se va trabajando.

Además, al considerarse que tales dispositivos forman parte del trabajo, las horas extras que sean dedicadas para éstos deben ser pagas. Es decir, este es un recurso económico que se tendrá en cuenta para tal propuesta.

Los *recursos humanos* están determinados por la cantidad de profesionales que trabajen en el Centro de Día, actualmente son 20. Se pueden identificar diferentes profesiones entre ellas: trabajadora social, psicólogas, talleristas, médicas, nutricionista, fonoaudiólogos.

Evaluación general del proyecto

La evaluación del proyecto se debe dirigir, fundamentalmente, a determinar en qué medida han sido alcanzados los objetivos propuestos inicialmente, así como

también a analizar la relación entre los efectos obtenidos, la actividad desarrollada y los recursos empleados. La evaluación ha de realizarse de forma constructiva con el fin de orientar la posterior toma de decisiones respecto a los aspectos evaluados.

Cada programa estará sujeto a un proceso de evaluación continuada, siendo los profesionales los encargados de realizar el seguimiento y la oportuna recogida de información importante. Se realizarán tales seguimientos en las reuniones de equipo para ir evaluando la marcha de los programas e introducir las modificaciones necesarias.

Una de las formas de evaluación de la propuesta de intervención podría ser la comparación de los informes semestrales con los del semestre del año anterior, y observar si hay un avance en cuanto a los contenidos teóricos, categorías o herramientas conceptuales que no pertenecen a su disciplina y si se puede evidenciar una visión más integral de la salud, y que por lo tanto, se pueda inferir que fueron incorporadas en las reuniones de equipo o en los grupos de estudio. Además, se pueden analizar las características que adquieren los procesos de atención diseñados para los concurrentes, si se ven enriquecidos o no después de un cierto tiempo.

Se debería comprobar si los efectos son favorables, y si la propuesta puede sostenerse o modificar algo de lo que no esté siendo favorecedor. La misma es flexible a los posibles cambios que puedan surgir durante el año, para que pueda seguir en pie.

Referencias Bibliográficas

Bixio, Cecilia (2010). "Estrategias de intervención psicológica". En *Intervenciones en Psicología educativa*. Rosario: Laborde.

Belizán, José y Cocconi, Paola (2017). "Lineamientos, acciones y funciones de la Dirección de Salud Mental". Vista 22 de julio de 2017 https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/escrito_dsm.pdf

Cano, Agustín (2012). "La metodología del taller en los procesos de educación popular". Visita 9 de julio de 2017 https://www.researchgate.net/publication/263125460_La_metodologia_de_taller_en_los_procesos_de_educacion_popular

Duschatzky, Silvia y Corea, Cristina (2002). *Chicos en banda*. Buenos Aires: Paidós.

Elichiry, Nora (1987). "Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de las metodologías transdisciplinarias". En *El niño y la escuela-Reflexiones sobre lo obvio*, Elichiry, Nora (comp.). Buenos Aires: Nueva Visión.

Ferrandini, Débora (2011). "Algunos problemas complejos de Salud". Visita 30 de septiembre de 2017 <http://practicafinalfcm.net/Algunos.problemas.complejos.de.salud-D.Ferrandini.pdf>

Ferrara, Floreal (1985). "Conceptualización del campo de la salud". En *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.

Fidalgo, Maitena (2008). "Consideraciones conceptuales acerca del 'Bien salud' y conformación del sistema de salud". En *Adiós al derecho de la salud*. Buenos Aires: Espacio.

Galende, Emiliano (1990). "Psicoanálisis y Salud Mental". En *Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

Galende, Emiliano (2008). "Psicofármacos y salud mental". En *La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Kraut, Alfredo J. y Diana, Nicolás (2011). "Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectoria". CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LA LEY 26657. Visita 11 de julio de 2017 [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Kraut Diana Derecho de las personas con discapacidad mental.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Kraut%20Diana%20Derecho%20de%20las%20personas%20con%20discapacidad%20mental.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación (2000). *Resolución 705. Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad*. Visita 22 de de Octubre de 2017 http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres705_2000.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Por una vida saludable: cuidados para la salud de la mujer y la familia*. Visita 29 de septiembre de 2017 <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000587cnt-por-una-vida-saludable.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Ley Nacional de Salud Mental. Ley N° 26657*. Vista 30 de septiembre de 2017 <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Visita 15 de julio de 2017 http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2007). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Visita 10 de julio de 2017 www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

ONU y Ministerio de la Protección Social (MPS) (2008). *La inclusión social, una respuesta frente a la drogadependencia*. Bogotá: Naciones Unidas.

Pantano, Liliana (2008). Discapacidad, conceptualización, magnitud y alcances, apuntes para el desempeño de las prácticas en relación a la discapacidad. Centro de investigaciones sociológicas, departamento de sociología. FCSE.UCA/CONICET. Documento de trabajo.

REDI (2011). *El derecho a la autonomía de las personas con discapacidad como instrumento para la participación social*. Buenos Aires: REDI

Rocha, Marcelo (2013). *Discapacidad, orientación vocacional y proyecto de vida*. Rosario: Laborde.

Rocha, Marcelo (2017). *Discapacidad: pensamientos y aportes de un psicoanalista*. Rosario: Laborde.

Rodríguez (2015). “¿Qué es un centro de día? Objetivos, características, usuarios, tipos y servicios”. Visita 9 de julio de 2017 <http://masquemayores.com/magazine/salud/que-es-un-centro-de-dia-objetivos-caracteristicas-usuarios-tipos-y-servicios/>

Stolkiner, Alicia (1987). “De interdisciplinas e indisciplinas”. En *El niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio*, Elichiry (comp.) Buenos Aires: Nueva Visión.

Stolkiner, Alicia (1999a). “La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”. En *Revista Campo Psi*, 3, N° 10.

Stolkiner, Alicia (1999b). “Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o producto”. En *Revista Campo Psi*, 3, N° 11.

Stolkiner, Alicia (2001). “SUBJETIVIDADES DE ÉPOCA Y PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL”. En *Revista Actualidad Psicológica*, 26, N° 239

Stolkiner, Alicia (2005). Interdisciplina y Salud Mental. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de hoy, Posadas.

Toboso Martin, Mario (2008). “La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen”. En *Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 10, N° 20.

Ulloa, Fernando (2008). *Cultura de la mortificación y proceso de manicomialización*. Buenos Aires: Paidós.

Vegh, Isidoro (2007). *Una cita con la psicosis*. Rosario: Homosapiens.

Victoria Maldonado, Jorge A. (2013). "El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos". En *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 46, N° 138

Wanger de Sousa Ocampos, Gastón (1998). "Equipos Matriciales de Referencia y Apoyo especializado: Un Ensayo sobre reorganización del trabajo en salud". Visita 28 de septiembre de 2017 <https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>