

Suárez Zamora, Agustina

**El proceso de certificación de
discapacidad mental: demanda,
evaluación y resolución en una
Junta Calificadora de Discapacidad
en un Hospital Público. Contexto
clínico**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Saino, Marisa

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

*“El proceso de certificación de discapacidad mental: demanda,
evaluación y resolución en una Junta Calificadora de Discapacidad de un
Hospital Público”*

Agustina Suarez Zamora

2022

**“EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD
MENTAL: DEMANDA, EVALUACIÓN Y RESOLUCIÓN EN UNA JUNTA
CALIFICADORA DE DISCAPACIDAD DE UN HOSPITAL PÚBLICO”**



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

FACULTAD DE FILOSOFIA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

TRABAJO INTERADOR FINAL.

Modalidad: Sistematización de prácticas.

Contexto: Clínico.

**“EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD MENTAL: DEMANDA,
EVALUACIÓN Y RESOLUCIÓN EN UNA JUNTA CALIFICADORA DE
DISCAPACIDAD DE UN HOSPITAL PÚBLICO”**

Autora: Agustina Suarez Zamora.

Directora: Lic. Marisa Saino.

Córdoba, 2022.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mi familia y pareja por confiar y acompañarme incondicionalmente durante todo este proceso de formación y crecimiento a la distancia.

A mis amigas y amigos, tanto de la vida como los que me dejó la facultad, los cuales estuvieron siempre para sostenerme y alentarme en cada momento.

A la Universidad Católica de Córdoba, a todos y cada uno de los docentes y compañeros por sus aportes en mi aprendizaje no solo a nivel profesional, sino también personal.

A la Dra. Griselda Cardozo, la Lic. Adriana Pérez Puyol y la Lic. Ana Silvia González, por su acompañamiento y dedicación durante todo el transcurso de las Prácticas Profesionales Supervisadas.

A la Lic. Marisa Saino, por su entrega, apoyo, dedicación y acompañamiento constante desde el comienzo de mis prácticas hasta la realización y entrega de este trabajo. Gracias por todos los conocimientos transmitidos, los llevaré conmigo siempre.

Al Hospital Córdoba, por abrirme las puertas y brindarme un espacio valioso de aprendizaje. A todos los integrantes de la División de Salud Mental, por su tiempo y entrega desinteresada para mi formación.

A cada una de las integrantes de la Junta Calificadora de Discapacidad, por su predisposición y colaboración para la elaboración de este trabajo.

Y a cada una de las personas que, de alguna manera, motivaron el esfuerzo y dedicación que implicó la elaboración de este Trabajo Integrador Final.

¡Muchas Gracias!

INDICE GENERAL

ÍNDICE DE SIGLAS	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA.....	10
2.1 EL ORIGEN DE LA PSICOLOGÍA	10
2.2 EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	12
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	14
3.1 HISTORIA DEL HOSPITAL CÓRDOBA	15
3.2 EL HOSPITAL CÓRDOBA EN LA ACTUALIDAD	16
3.3 HISTORIA DE LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL	16
3.4 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL	19
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	21
5. OBJETIVOS	22
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	23
6.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TÉRMINO DISCAPACIDAD	23
6.2 LA DISCAPACIDAD EN ARGENTINA.....	25
6.3 MARCO NORMATIVO	25
6.4 CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD	27
6.5 JUNTA CALIFICADORA DE DISCAPACIDAD	29
6.6 DISCAPACIDAD MENTAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL.	
DIFERENCIAS ENTRE AMBAS.	31
7. MODALIDAD DE TRABAJO	35
7.1 PARTICIPANTES.....	36
7.2 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36

7.3 CUESTIONES ÉTICAS IMPLICADAS.....	37
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	38
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	39
8.1.1 EXPERIENCIA EN LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL.....	39
8.1.2 INTERVENCIONES EN DIVERSOS SERVICIOS HOSPITALARIOS	40
8.2 ANÁLISIS DE DATOS	47
9. CONCLUSIONES:.....	67
10 REFERENCIAS	71

ÍNDICE DE SIGLAS

CI: Coeficiente Intelectual

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud décima revisión.

CDPCD: Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

CUD: Certificado Único de Discapacidad.

DSM IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

UCO: Unidad Coronaria.

UTI: Unidad de Terapia Intensiva.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final de Sistematización de experiencias de Prácticas, se enmarca en las Prácticas Profesionales Supervisadas de la carrera de Licenciatura en Psicología perteneciente a la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Católica de Córdoba, como requisito necesario para la culminación de la carrera de grado.

Es menester mencionar que dichas prácticas se realizaron dentro del contexto Clínico en la División de Salud Mental de un Hospital Público Provincial y Polivalente ubicado en la ciudad Capital de la provincia de Córdoba, en el período que abarca el mes de mayo hasta el mes de noviembre del año 2022.

La sistematización de la experiencia de prácticas, se llevó a cabo a través de la observación no participante de la Junta Calificadora de Discapacidad¹. Ésta, me permitió analizar, reflexionar e interpretar críticamente el funcionamiento de la misma.

Este trabajo estudia el abordaje integral del proceso de certificación de discapacidad mental a personas adultas, cuyo eje consiste en el proceso de certificación de discapacidad, que incluye la demanda, evaluación y resolución en una Junta Calificadora de Discapacidad de un Hospital Público. En este punto me gustaría resaltar uno de los intereses que conlleva esta sistematización: dar visibilidad a un proceso interdisciplinario que tiene poca difusión para personas interesadas en la obtención del Certificado Único de Discapacidad (CUD).

En un primer momento se realiza una descripción pormenorizada y detallada del contexto clínico de la práctica, así como también del rol que cumple el psicólogo clínico; la historia de la psicología clínica; las áreas de aplicación y la normativa legal vigente en la materia.

¹ La Junta Calificadora de Discapacidad realiza entrevistas y valoraciones interdisciplinarias a personas que ingresan al establecimiento de salud con la finalidad de obtener el Certificado Único de Discapacidad (CUD).

En segundo lugar, procederemos a la descripción del contexto institucional, donde se ha realizado la práctica, el cual incluye la Historia de fundación del Hospital, la creación de la División de Salud Mental y la organización actual de la misma.

Continuando con el eje de sistematización, del cual se desprenden los objetivos, tanto general como específicos. Posteriormente, se desarrolla la perspectiva o marco teórico, la cual tiene por finalidad definir e identificar los conceptos centrales en relación a la temática a abordar. Siguiendo con la metodología o modalidad de trabajo, detallando la población, herramientas de recolección de datos y aspectos éticos.

Finalmente, se realiza un análisis de la experiencia, a partir de la recuperación del proceso vivido, basado en la reflexión y organización de los registros diarios, como parte del proceso de entrega del CUD en la Junta Calificadora del Hospital Córdoba. En esta sección se incluye una segunda etapa que implica el análisis de la información recopilada durante la práctica, estableciendo una conexión con la teoría y logrando así alcanzar los objetivos inicialmente propuestos. Por último, se exponen las conclusiones obtenidas tras llevar a cabo este procedimiento.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

La psicología clínica, según la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003) “es un campo de especialización de la Psicología que aplica los conocimientos y técnicas de ésta al estudio del comportamiento anómalo, aquél que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros” (p.4). Dicha disciplina dispone de sus propios métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos. En esencia, su objeto es el estudio de la vida humana y sus condiciones desde otra mirada; no como un sujeto psíquicamente enfermo, sino desde la importancia de cómo éste se enfrenta con la realidad, cómo la resuelve, cómo la desarrolla y constituye. Su operación fundamental es el diagnóstico y sus principales finalidades prácticas son el asesoramiento, la curación y la educación o reeducación (Lagache, 1982).

2.1 EL ORIGEN DE LA PSICOLOGÍA

El contexto clínico como el rol del psicólogo clínico específicamente se edificaron a lo largo de la historia y se continúan construyendo y deconstruyendo, haciéndose necesario conocer cuáles fueron las situaciones y/o acontecimientos que condujeron a la situación actual del desempeño profesional.

Esta disciplina tal como lo expone Buendía (1999), ha tenido un desarrollo acelerado en los últimos cincuenta años, debido al desafío de afrontar por un lado demandas sociales y por el otro, la influencia de los constantes avances de la psicología, circunstancias que abrieron y evidenciaron novedosas puertas de acceso para comprender el comportamiento

humano. No obstante, su reconocimiento se ha producido en forma gradual y progresiva, la aceptación de sus funciones propias no ha sido homogénea, debido al modelo médico hegemónico imperante sobre la concepción de salud y su asistencia, donde las causas de la patología mental se ubicaban en lo orgánico y sus soluciones eran médicas.

En la primera mitad del siglo XX, conforme lo planteado por Buendía (1999) la psicología clínica no disponía de alternativas a los modelos psicopatológicos imperantes, ni de técnicas de comprobada utilidad, dando cuenta de la adopción por parte de muchos psicólogos clínicos del rol de diagnosticador; lo que implicaba la necesidad de formación constante, continua y permanente en esta disciplina, además de poseer conocimiento especializado del funcionamiento psicológico y de los métodos, los cuales proveen la habilidad necesaria para llevar a cabo evaluaciones, tratamientos como también actividades de investigación y valoración (Buendía, 1999).

Por otro lado, para poder comprender la psicología clínica moderna es necesario tener presentes algunos hechos históricos y sociales que influyeron de manera decisiva en sus características iniciales. Buendía (1999) manifiesta que la Primera Guerra Mundial aceleró su desarrollo, debido a las dificultades que existían para evaluar las habilidades que les permitían a los individuos ocupar el puesto más adecuado, dando lugar al avance en la investigación sobre la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia, la causa de los problemas de conducta y las relaciones entre las conductas desviadas y el aprendizaje. El estudio de los desórdenes de la personalidad a través de técnicas psicológicas constituyó el origen natural de la psicología clínica (Garfield, 1974).

A partir de la finalización de la Segunda Guerra Mundial, y en virtud del gran número de personas que demandaban atención por problemas de Salud Mental, se convierte la función del psicólogo clínico en relevante y necesaria al incluirlos de forma masiva en los hospitales militares (Buendía, 1999).

Es así que esta disciplina conforme a lo expuesto por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003) consolida su estatuto tanto profesional como científico a partir de los años '50, ampliando su horizonte y alcanzando reconocimiento social por la demanda y satisfacción por sus prestaciones. Desde el punto de vista científico, en todo lo relativo al aprendizaje de la conducta, desarrollo de la personalidad, relación interpersonal, influencia social, funcionamiento cognitivo, organización de grupos sociales (además de las disciplinas propiamente clínicas), y a la demanda social por la creciente presencia de trastornos psicológicos en la segunda mitad del siglo XX, relacionados con las formas de vida y

características de la sociedad actual. Este escenario generó una mejor comprensión de los trastornos psicológicos como también de los tratamientos consecuentes con los mismos.

No obstante, lo expuesto y conforme los autores Sarason (1996) y Buendía (1999) “en la actualidad la psicología clínica se encuentra demasiado centrada en lo patológico olvidando la proyección social del individuo y los aspectos preventivos” (p.12).

2.2 EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

El espacio de “la consulta”, fue tradicionalmente vinculado a la psicología clínica, lugar donde el profesional conforme a su formación y diversas estrategias procura lograr un objetivo concreto: la salud mental del “cliente, beneficiario o paciente” (Haz et al., 2002). Los profesionales utilizan variadas herramientas para llevar a cabo un tratamiento dentro de un marco teórico psicológico, recurriendo a teorías psicológicas con distintas perspectivas, tales como la psicología gestáltica, la cognitiva comportamental, el psicoanálisis, la teoría sistémica, entre otras.

Actualmente, la mirada sobre los problemas de salud mental se ha complejizado, debido a que ya no es posible considerar que un sujeto padece patologías desde un contexto único, haciéndose necesario conceptualizarlos desde un enfoque biopsicosocial, relacionado con la manera en la que el individuo interactúa en contextos diversos, influido por variables de distinto orden: familiares, comunitarias y sociales (Haz et al., 2002). Las funciones actuales del psicólogo clínico, de acuerdo a lo planteado por el autor Buendía (1999) implican no sólo la evaluación psicológica a través del estudio científico del comportamiento y el análisis de las dimensiones básicas de la personalidad humana, sino también la investigación de las teorías en las que apoyan las distintas formas de interacción; el tratamiento psicoterapéutico individual o grupal; la prevención con programas comunitarios; la enseñanza para preparar a futuros

profesionales y el entrenamiento de los no profesionales en la aplicación de programas comunitarios.

Es importante destacar que el psicólogo clínico como profesional del área psicosocial debe enfrentar múltiples desafíos, uno de ellos es saber insertarse en un equipo de trabajo de agentes profesionales como no profesionales, que forman parte de la red psicosocial en la que se encuentra integrada la persona o beneficiario (Haz et al., 2002). Otro de los desafíos a mencionar se relaciona con las políticas gubernamentales, no sólo en la implementación de reformas al sistema de salud público (especialmente en la intervención en salud primaria), sino además en la integración de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 1998). Asimismo, es menester reflexionar éticamente acerca del ejercicio de su profesión en el ámbito de la salud pública, comprendiendo qué, cómo y a quién se dirigirán las acciones e intervenciones en salud mental (Haz et al., 2002).

Consecuentemente, los profesionales de la Salud Mental deben ejercer su profesión dentro del marco legal vigente. Ley N°7.106 “Disposiciones para el Ejercicio de la Psicología” sancionada en el año 1984, Ley N° 26.529 “Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado” sancionada en el año 2009; “Ley Nacional de Salud Mental” N° 26.657 sancionada en el año 2010, al igual que la Ley N° 9848 “Régimen de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba”, que enmarcan los lineamientos a observar y cumplir.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La Práctica Profesional Supervisada se llevó a cabo en el Hospital Córdoba, ubicado en calle Libertad N.º 2501 del Barrio Alto General Paz de la ciudad Capital de Córdoba. Institución pública, provincial y polivalente dedicada primordialmente a la atención de alta complejidad. Su identidad se encuentra definida desde sus orígenes y a lo largo de más de 70 años de historia. Nace como Hospital especializado para patologías complejas específicamente en el área clínico-quirúrgica con figuras destacadas como el eximio cirujano Prof. Dr. Mario Menso a cargo del Servicio de Cirugía, siguiendo desde sus principios un perfil basado en un criterio de equidad al acceso sanitario (Uribe, 2016).



[Fotografía de Página web Unidad Académica Hospital Córdoba]. (s.f.).

Recuperada el 30 de julio de 2022, de <https://uahc.sitios.fcm.unc.edu.ar/>

3.1 HISTORIA DEL HOSPITAL CÓRDOBA

Su historia comienza con anterioridad a la fecha oficial de su fundación (01/07/1950). En el año 1909 surge la idea de su construcción, planeada en la zona de Nueva Córdoba, designándose una Comisión de miembros del Gobierno y vecinos que tomaron a su cargo esa tarea, proyecto que no llegó a concretarse por la falta de recursos oficiales. Con posterioridad se donaron terrenos al Estado en Alto General Paz, decidiendo el Gobierno construir en los mismos, el Hospital. Se construyeron cimientos y muros con planteos arquitectónicos hasta la altura del primer piso, pero el contratista con autorización Legislativa y Gubernamental rescindió su compromiso, por lo cual este principio de construcción quedó trunco e inconcluso. Poniendo fin a este destino incierto el presidente de la Nación Juan Domingo Perón a través del Gobernador Brigadier San Martín, quien concreta, da forma, termina de construir, equipa, habilita, dota de elementos, designa personal técnico y especializado y pone en marcha este gran Hospital (Pellanda et al., 2001).

A lo largo de sus más de 70 años esta Institución se fue actualizando acorde al complejo paradigma dado desde la bioética respecto a la seguridad del paciente. Con fecha 2 de octubre de 2015 el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba crea por resolución 912/15 el Comité de Calidad Hospitalaria con el fin de garantizar la seguridad del paciente desde la ciencia y la ética por estándares de procedimientos hospitalarios evaluables. Este comité asegura “que la gestión de calidad en los servicios hospitalarios implica un compromiso total, asumiendo las responsabilidades propias de una organización que se propone la mejora continua de sus servicios asistenciales” (Comité de Calidad Hospitalaria, 2015), incorporando los procesos de desarrollo del conocimiento y de la praxis médica del momento actual y del futuro próximo. Quedando definido su perfil desde su fundación y proyectándose al futuro como un Hospital de alta complejidad. Cuenta con servicios únicos en la Provincia, como su Servicio de Quemados, el Servicio de Diabetes, el Centro de Diálisis, la Red de Infartos Agudos y su Laboratorio, único en la región por su nivel tecnológico y sistema informatizado. Asimismo, posee una larga lista de especialidades médicas, entre las cuales se destacan su Departamento de Cardiología, Servicio de Clínica Médica, Servicio de Nefrología y Programa de Cirugía Bariátrica, brindando un tratamiento integral de atención para personas con obesidad

mórbida. Por otra parte, el Hospital Córdoba junto al Hospital de Niños son los únicos nosocomios públicos dedicados a realizar trasplantes de la región central de nuestro país (Uribe, 2016).

3.2 EL HOSPITAL CÓRDOBA EN LA ACTUALIDAD

El hospital cuenta con tres grandes áreas: Departamento de Cardiología, Departamento de Cirugía y Departamento de Medicina Interna.

Esta institución cuenta con 144 administrativos (secretarias de todos los pisos, incluyendo Recursos Humanos y personal de mantenimiento), 13 monotributistas, 334 enfermeros, 82 técnicos (Técnicos en bioimágenes Técnicos en rayos, Licenciados/as fonoaudiólogos, kinesiólogos y nutricionistas), 323 médicos (bioquímicos, farmacéuticos, psicólogos, odontólogos, y médicos de distintas disciplinas) y 159 residentes (de diferentes especialidades en medicina, kinesiología, trabajo social, bioquímica, bioingeniería, nutrición y fonoaudiología).

Actualmente la División de Salud Mental pertenece al Departamento de Medicina Interna.

3.3 HISTORIA DE LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL

Para continuar se hace necesario exponer la historia de la División de Salud

Mental del Hospital, la cual tuvo su inicio en el año 1975. Durante esa época había tres profesionales del campo de la psicología trabajando en el Hospital Córdoba, incorporados en servicios diferentes: endocrinología, traumatología y otorrinolaringología, su desempeño profesional se realizaba aisladamente, ya que no existía un Servicio de Salud Mental “propiamente dicho”.

Si bien esto significó un avance y al menos un reconocimiento de que el cuerpo biológico estaba ligado a lo psíquico, se continuaba afirmando la concepción médica de que el psicólogo no era un profesional independiente, sino más bien su labor y saber se reducía a un auxiliar de la medicina (Baralle, 2010).

Asimismo, en el país se estaba gestando un momento de lucha por parte de los psicólogos para la consolidación de su profesión, situación que también se vio reflejada en el hospital, debido a que las tareas de los psicólogos se realizaban *ad honorem*. La legitimación científica y profesional de la disciplina fue lenta, cristalizándose en el Hospital Córdoba con la inclusión de un consultorio psicológico en 1970 en los consultorios externos del hospital.

Fue en el año 1973 que comenzó a desarrollarse la idea de organizar un servicio de forma autónoma, idea que no prosperó no solo por resistencia institucional sino también por las conquistas de espacios de poder entre los propios psicólogos (Baralle, 2010).

A su vez, la etapa de 1976-1983 fue una etapa difícil tanto para los psicólogos como para la Salud Mental, debido a que el gobierno de nuestro país estaba en manos de la Junta Militar, esto trajo consigo la represión que abarcaba todas las áreas de vida de nuestro país, creándose centros de detención que fueron el destino de muchos psicólogos (Baralle, 2010). Significando un período de desmantelamiento en el campo de la salud mental, interviniendo los hospitales con el único fin de que sus cargos fueran detentados por médicos que simpatizaban con el régimen militar. Las desapariciones, persecuciones y cesantías de los trabajadores de la salud mental provocaron que el sentimiento de pertenencia institucional se tiñera de miedo (Baralle, 2010).

En el año 1982, se comenzó a gestar un programa psicoasistencial a nivel país para personas afectadas por las violaciones de los derechos humanos, como así también para familiares de desaparecidos.

Con el retorno de la democracia comienza a tomar forma el proceso de consolidación de un Servicio de Salud Mental en el hospital, que acabó por establecerse en el año 2003. Todos los psicólogos fueron integrados en un solo servicio, estableciendo y fortaleciendo de este modo la práctica grupal como modalidad central de consulta y de

tratamiento (Baralle, 2010).

Actualmente la División de Salud Mental se encuentra integrada por diez profesionales de la salud. La jefatura del servicio se encuentra a cargo de una Lic. en Psicología; y un equipo de dos médicos psiquiatras y siete Licenciadas en Psicología. La modalidad de atención mayoritariamente es presencial, también se atienden pacientes de manera virtual, ya que se ha demostrado que favorece a muchos pacientes que se benefician con este tipo de atención (por ejemplo, en algunas fobias, psicosis, trastornos del espectro autista (TEA), o pacientes que por la accesibilidad geográfica o económica no pueden acceder a un tratamiento presencial).

La División de Salud Mental cuenta con cuatro consultorios. Los profesionales están divididos en grupos, con dos jornadas de doce horas cada una por semana, guardias pasivas de 20 a 8 horas y veinticuatro horas los fines de semana y feriados (de 8 a 8 horas), tienen asignados 6 turnos por día, y sobretornos, variables en cantidad por el profesional tratante y en función de cada caso. Las interconsultas del internado se resuelven en el día y varían entre 2 y 7 aproximadamente por día, generalmente, éstas y las valoraciones pre trasplante renal, se llevan a cabo por la tarde.

Las urgencias de guardia y los intentos tanáticos se abordan interdisciplinariamente, para lo cual se ha confeccionado un Consentimiento Informado para Internación domiciliaria en los casos en que los pacientes cuenten con una red de apoyo y en otros casos son internados en el hospital en el área de clínica médica o guardia, para lo cual se ha elaborado un protocolo de atención. Desde principio de año han requerido internación aproximadamente 25 pacientes. La media de atención por parte de los profesionales de la División de Salud Mental se calcula en 35 pacientes diarios con turno o sobretorno, llegando a atender 60 pacientes por mes cada uno.

Los mencionados profesionales realizan su labor diaria en los distintos servicios que integran el área de Medicina Interna, los cuales son: Diabetes, Clínica Médica, Hematología, Nefrología y Diálisis, Servicio de Unidad de Terapia Intensiva (UTI), División Unidad UTI Quemados y División Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), como así también en consultorios externos.

3.4 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

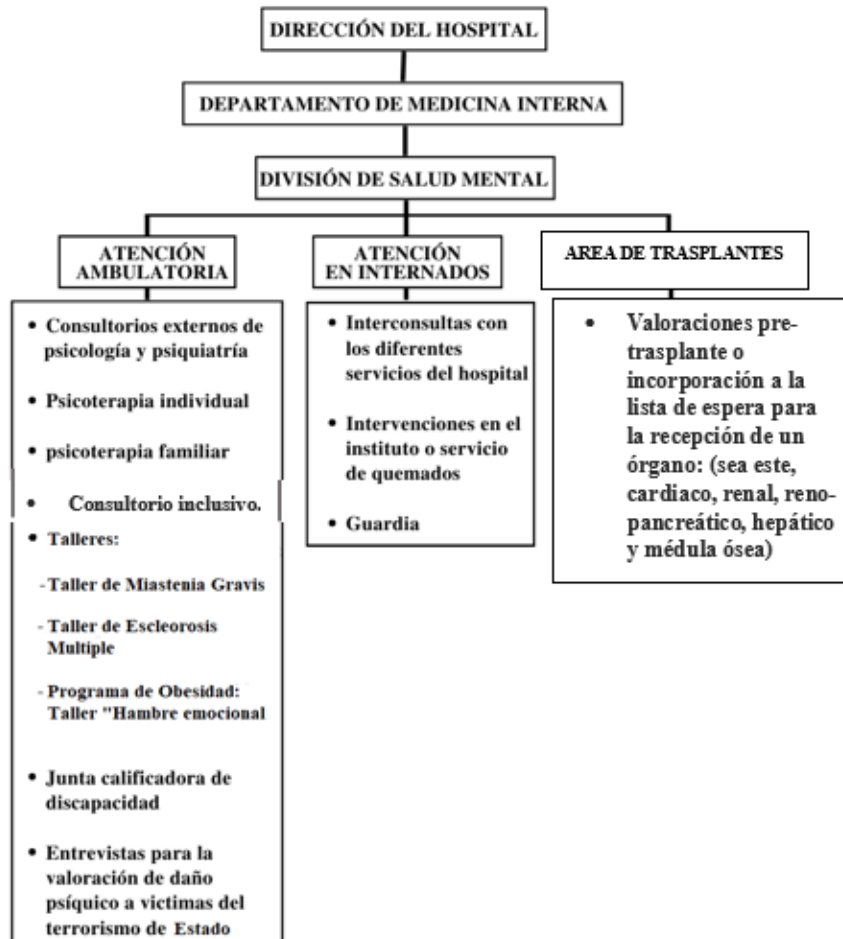


Figura 1. Organigrama parcial, en función de la posición de la División de Salud Mental en la estructura de la institución. Fuente: elaboración propia.

EJE DE SISTEMATIZACIÓN

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

El proceso de certificación de discapacidad mental: demanda, evaluación y resolución en una Junta Calificadora de Discapacidad de un Hospital Público.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar el proceso de certificación de discapacidad mental: demanda, evaluación y resolución en una Junta Calificadora de Discapacidad de un Hospital Público, en personas adultas en 2022.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las psicopatologías prevalentes en la solicitud de la certificación de discapacidad mental en una Junta Calificadora de Discapacidad, en personas adultas.
- Analizar los criterios que tienen en cuenta las diferentes integrantes de la Junta Calificadora de Discapacidad para la toma de decisión a la hora de otorgar un Certificado Único de Discapacidad a personas adultas.
- Caracterizar el abordaje interdisciplinario de la Junta Calificadora de Discapacidad, en personas adultas.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

En este apartado se desarrollan las distintas concepciones teóricas que reflejan los conceptos centrales analizados dentro de la Práctica Profesional Supervisada, relacionándolos con los objetivos planteados como también con el eje de sistematización de este trabajo.

6.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TÉRMINO DISCAPACIDAD

El término de discapacidad sufrió a lo largo de la historia una sorprendente evolución. En las culturas antiguas se lo asociaba a castigos divinos o intervenciones de poderes sobrehumanos, generando rechazo y aislamiento, concepción que fue gradualmente cambiando (Gil, 2018).

Entre el siglo XV y el siglo XVII, aparecen las primeras instituciones en Europa denominadas manicomiales, lugares estos donde se continuó con el rechazo y el apartamiento de estas personas sin posibilidad de reinserción social, con la sola actividad de tareas terapéuticas destinadas a la custodia y control de las mismas (Taverna, 2016). Durante los siglos VIII y XIX, se producen cambios importantes dentro del contexto de una economía capitalista, donde el concepto discapacidad fue empleado como sinónimo de falta de capacidad para ser explotado y generar ganancias para la clase capitalista (Taverna, 2016). Las personas pobres y las consideradas discapacitadas eran vistas como un problema social y educativo, siendo segregadas en instituciones tales como hospitales generales, colonias, asilos, escuelas especiales o la cárcel, cuyo objetivo era “normalizarlas” para que se adaptaran a la sociedad (Valencia, 2014).

A principios del siglo XX el concepto de discapacidad comienza a percibirse desde un enfoque asistencial, el cual se vio reforzado por las numerosas discapacidades que produjo la Segunda Guerra Mundial, en donde se llegó a considerar a algunas personas con discapacidad como héroes (Gil, 2018). Ya en la segunda mitad del siglo XX comienzan a aparecer las primeras asociaciones constituidas por personas con discapacidad y sus familias,

con el fin de defender sus derechos (Gil, 2018). Es recién a principios del segundo milenio cuando se abandona la perspectiva asistencialista y se comienza a concebir a la persona con discapacidad a través de un nuevo enfoque, considerándolas como personas con competencias, recursos y habilidades, si se les brindan los aportes necesarios (Gil, 2018).

En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la discapacidad dentro de un término que encierra o engloba deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, situación que nos enfrenta con un fenómeno complejo, debido a la existencia de interacciones entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la cual la persona se desenvuelve.

Con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se produjo un cambio de perspectiva en cuanto a la definición de discapacidad, “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales y 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 los demás” (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [CDPDC], 2006).

Por tanto, se advierte un cambio de paradigma, en virtud de que se pasó del trato asistencialista a la posibilidad de poder desarrollarse en igualdad de condiciones, no sólo en lo referido a sus derechos sino en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones como parte de la sociedad. Este paradigma también conocido como modelo social concibe a la persona con discapacidad desde un enfoque biopsicosocial y de derechos humanos, mira más allá de la deficiencia, aspirando a una participación real y efectiva de esta población en todas las esferas de la vida en sociedad. Defendiéndose los derechos de las personas con discapacidad para establecer relaciones interpersonales y convertirse en personas social y económicamente activas (Padilla Muñoz, 2010). Este abordaje sostiene que las desventajas, la segregación y la inaccesibilidad a recursos no están determinadas por la deficiencia orgánica que puede presentar una persona, sino que obedecen a las consecuencias de tener que afrontar un entorno que no está diseñado para las personas con discapacidad, dando cuenta que es la sociedad quien tiene la tarea de organizarse para eliminar las barreras físicas y actitudinales (Strauss y Sales, 2010).

6.2 LA DISCAPACIDAD EN ARGENTINA

En Argentina durante el siglo XIX y mediados del siglo XX la asistencia a las personas con discapacidad tuvo un modesto desarrollo, se fueron creando servicios educativos-asistenciales, habilitándose en los hospitales generales los “patios para dementes” (Benavidez y Vall, 2010).

Entre los años 1890 y 1910 conforme lo expuesto por las autoras Benavidez y Vall (2010) se crearon institutos especializados en diferentes tipos de discapacidad con el fin de lograr una inserción social, los cuales funcionaban sin un enfoque compartido para lograr un avance en lo que significaba abordar cualquier tipo de discapacidad. En el año 1956 el país fue azotado por una epidemia de poliomielitis, provocando altos índices de mortalidad y movilidad en la población, generando la implementación de las primeras políticas sanitarias y los primeros programas de rehabilitación. Esto trajo aparejado el comienzo de un eje normativo específico para legislar la discapacidad, debido a la alta demanda existente (Benavidez y Vall, 2010).

6.3 MARCO NORMATIVO

En 1981 se sancionó la Ley N° 22.431 “Sistema de Protección Integral de los Discapacitados” de amplio espectro en materia de discapacidad, dicha normativa da cuenta de

una concepción de la discapacidad desde un punto de vista fundamentalmente basado en el modelo médico, posicionando a las personas con discapacidad como sujetos de cuidado y no como sujetos de derecho, donde el reconocimiento como actor social se encuentra anulado, limitándolo a acciones de contención segregacionistas y diferenciales. En sus diferentes capítulos legisla sobre la calificación de discapacidad, servicio de asistencia, prevención en salud, servicio de asistencia social, trabajo, educación, seguridad social, transporte y accesibilidad al medio físico. A través de la misma se propone una definición legal del concepto de discapacidad y establece la existencia de un certificado que la acredite.

El 5 de noviembre de 1997 se sancionó la Ley N° 24.901 “Prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral de las personas con discapacidad”, esta norma establece un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos. En su artículo 10 determina que la discapacidad deberá acreditarse conforme lo establecido por el artículo 3 de la Ley N° 22.431 y las leyes provinciales análogas.

El 6 de julio del 2000 se sancionó la Ley N° 25.280 “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”, cuyos objetivos son la prevención y la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

El 21 de mayo de 2008 se sancionó la Ley N° 26.378 “Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo”, esta ley tiene como objetivo promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

El 25 de noviembre de 2010 se sancionó la Ley N.º 26.657 “Ley Nacional de Salud Mental”, reconociendo a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, culturales, socioeconómicos, biológicos y psicológicos, cuyo objeto es “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 Artículo N.º 10 el derecho que tienen las personas con discapacidad a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión y por medio de consentimientos informados con la finalidad de que puedan optar por los tratamientos que

consideren más adecuados para ellos, respetando sus derechos, deseos y aspiraciones. Esta ley visibiliza el reconocimiento de los derechos humanos de los pacientes, como así también la promoción en relación a que la atención en Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados, incluyéndose las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Actualmente con el objetivo de efectivizar un cambio de paradigma desde el que se aborda la discapacidad en nuestro país y potenciar un marco normativo para lograr la inclusión plena de las personas con discapacidad, se está trabajando en una nueva Ley de Discapacidad, la cual representará un paso fundamental para la armonización legislativa en esta materia, mediante una transformación estructural sobre las bases de igualdad, autonomía y equidad en pos de la construcción de una Argentina que nos incluya a todos y todas (Agencia Nacional de Discapacidad [ANDIS], s.f).

6.4 CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

El CUD es un documento público a través del cual las personas con discapacidad pueden acceder al sistema de salud y a los beneficios instituidos por las leyes en la materia, se encuentra al alcance de quien lo necesita como forma de garantizar a través del mismo, el ejercicio de sus derechos (Fuentes, 2014). Este documento tuvo sus inicios en la década de los 80 a través de la Ley 22.431, determinando que se debe certificar la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, como también las posibilidades de rehabilitación del afectado para acceder a dicho sistema. El Ministerio de Salud Pública y Medioambiente, era el órgano que se encargaba de la mencionada certificación, como también indicaba que tipo de actividad laboral podía desempeñar la persona con discapacidad.

A fines de la década de los 90 se aprueba la ley 24.901, presentando como objetivo

ofrecer una atención integral con acciones de prevención, asistencia, promoción y protección a fin de cubrir las necesidades de este colectivo, y determinando la obligatoriedad por parte de las obras sociales de la cobertura total de las prestaciones básicas que se requirieran. Esta ley hace referencia a que el Ministerio de Salud y Acción Social es la autoridad encargada de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de la discapacidad (Navarro, 2015). Este certificado debe comprender información sobre el diagnóstico funcional y la orientación prestacional, que, según el equipo interdisciplinario, evalúe como prestación (Esquivel et al., 2005).

En el año 2001 se aprueba la ley 25.504, la cual modifica el Artículo N.º 3 de la ley 22.431, determinando que el Ministerio de Salud de la Nación será el encargado de certificar la existencia de la discapacidad, como también señala que el certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad.

Posteriormente, a través del Decreto N.º 698/17 y sus modificatorios se creó la ANDIS, como organismo descentralizado en la órbita de la Secretaría General de la Presidencia de la Nación, que tiene a su cargo el diseño, coordinación y ejecución general de las políticas públicas en materia de discapacidad y la elaboración y ejecución de acciones tendientes a promover el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

A través del Decreto N.º 95/18 fueron transferidas, a la órbita de la ANDIS, las responsabilidades primarias y acciones, créditos presupuestarios, bienes, personal y dotaciones del entonces Servicio Nacional de Rehabilitación, organismo descentralizado actuante en la órbita del Ministerio de Salud estableciendo su continuidad, a todos los efectos legales, a través de la Agencia.

Asimismo, el Decreto N.º 160/18, aprobó la estructura organizativa de primer nivel operativo de la ANDIS, estableció como responsabilidad primaria de la Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios, la de asistir a la Dirección Ejecutiva en la gestión técnico administrativa del otorgamiento del CUD, procurando facilitar la disponibilidad de los recursos técnicos necesarios que garanticen a las personas con discapacidad el acceso a sus derechos.

Es por ello, que en la actualidad la Agencia certifica, en cada caso, la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como la orientación prestacional pertinente, añadiendo que el certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad (CUD) y procura la descentralización de la certificación en todo el territorio nacional como una política pública que afiance la unificación de los criterios de certificación de la discapacidad. Su implementación, según lo establecido por la Resolución Ministerial (Ministerio de Salud de

la Nación Argentina) N° 675/09 determina requisitos de cumplimiento ineludible en las respectivas jurisdicciones para su implementación, tales como la conformación de Juntas Calificadoras de Discapacidad.

Para la certificación de los diversos tipos de discapacidad, se utiliza una normatización mundial con herramientas aprobadas por la OMS, como son: CIE-10 y la CIF, la inclusión de esta última, está en línea con la CDPCD (2006) y ratificado por la Nación en el año 2008 bajo la Ley N° 26.378 y las leyes principales de discapacidad N° 24.901 y 22.431.

En tal sentido, y a partir del año 2015, los protocolos de evaluación de la discapacidad se modificaron, por lo cual las Juntas Evaluadoras de Discapacidad (antes llamadas Juntas Médicas), poseen el mismo criterio de evaluación en todo el territorio nacional, basado en las normativas antes mencionadas, que apuntan al funcionamiento de la condición de salud de la persona, su entorno social y no sólo a un diagnóstico médico.

A través de los Manuales CIE-10, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) y la CIF es que se realiza la evaluación, utilizando instrumentos entre otras normativas específicas, exigidos por la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), quien es el máximo organismo rector en la normalización y ejecución de las políticas de discapacidad y rehabilitación.

Las prestaciones que contempla el CUD conforme la Ley N° 24.901 son: Prestaciones de Rehabilitación, Estimulación temprana, Prestaciones Educativas (Inicial/EGB), Formación/ Aprestamiento Laboral y/o Profesional, Servicio de Apoyo a la Integración Escolar, Centro de Rehabilitación para personas con discapacidad visual, Hogar, Residencia, Centro de Día, Asistencia Domiciliaria, Centro Educativo Terapéutico, Pequeño Hogar y transporte.

6.5 JUNTA CALIFICADORA DE DISCAPACIDAD

Con la finalidad de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del

funcionamiento, la CIF utiliza un enfoque “biopsicosocial” (Modelo Integrativo), donde la salud de las personas se estudia a partir de la integración de factores biológicos, psicológicos y sociales (Vázquez et al., 2001). Este enfoque posibilitó la conformación de equipos interdisciplinarios.

Por su parte, la ley 24.901 menciona que el CUD es otorgado luego de una evaluación del beneficiario, por parte de un equipo interdisciplinario constituido al efecto. A través del decreto 498/83 se constituye la Junta Médica. Para las evaluaciones y certificaciones en discapacidad, las juntas contaban anteriormente con herramientas tales como: la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) y CIE-10. Las Juntas Médicas respondían a un ideal rehabilitador, influenciado por el modelo médico hegemónico, el cual enfocaba su mirada en las consecuencias de las enfermedades, como producto de la presencia de ciertos déficits en la persona que los portaba (Navarro, 2015).

A partir de esto, con la aprobación del nuevo protocolo de evaluación (675/09) se explicitó la adhesión obligatoria de la CIF en la República Argentina para evaluar y certificar la discapacidad (Fuentes, 2014). Herramienta basada en la integración de dos modelos opuestos, el médico y el social. A través de esta clasificación se habilita a la conformación de equipos interdisciplinarios para la evaluación y certificación, como también para el tratamiento y/o abordaje de las personas con discapacidad (Herrera et al., 2017).

Actualmente las denominadas Juntas Evaluadoras de Discapacidad, están conformadas por profesionales de diversas disciplinas, generalmente por: médicos clínicos, psicólogos y trabajadores sociales. Los diversos profesionales que las integran son los que evalúan y valoran el perfil de funcionamiento de una persona con una determinada condición de salud, contemplando además la influencia de una compleja combinación de factores: contexto físico, social y cultural, en el cual la persona se desenvuelve; experiencias personales y construcciones psicológicas e intelectuales.

6.6 DISCAPACIDAD MENTAL Y DISCAPACIDAD INTELLECTUAL. DIFERENCIAS ENTRE AMBAS.

Debido a que el presente trabajo integrador focaliza el análisis sólo sobre el proceso de certificación de discapacidad mental, creemos pertinente resaltar las diferencias entre ambas.

La OMS (2001) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p.3). Se advierte que cuando se define a la discapacidad mental se lo hace a través de un término global referido a deficiencias (anormalidad o pérdida de una estructura o de una función fisiológica) en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y en las limitaciones (dificultad que un individuo tiene para realizar actividades comparándola con la manera que se espera que la realizara una persona sin esa condición de salud) que presenta el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad real, sin que sea aumentada por la tecnología, dispositivos de ayuda o terceras personas (CIF-OMS, 2001).

La CDPCD es el instrumento jurídico que introdujo cambios paradigmáticos innovadores para las personas con discapacidad mental, ya que no solo las reconoce, sino que las distingue y diferencia de las personas con discapacidad física, sensorial y en particular intelectual (Fernández, 2010). Anteriormente las personas con discapacidad mental e intelectual quedaban enmarcadas de manera inespecífica dentro de una amplia categoría, que indiferenciadamente las agrupaba (Fernández, 2010). Por lo cual se hace necesario tener presentes los criterios para la certificación de discapacidad mental e intelectual propuestos por la CIF, la cual no realiza una clasificación de personas sino una clasificación de las características de la salud de las personas, dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los efectos ambientales, ya que dos personas con la misma condición de salud podrían tener diferente nivel de funcionalidad dependiendo de la interacción con los factores

ambientales (CIF-OMS, 2001).

Los componentes de la CIF son: funciones y estructuras corporales, actividad y participación y factores ambientales. Dentro de las funciones corporales se encuentran: funciones de la conciencia, funciones de la orientación, funciones intelectuales, funciones psicosociales globales, funciones del temperamento y la personalidad, funciones relacionadas con la energía y los impulsos, funciones del sueño, funciones de la atención, funciones de la memoria, funciones psicomotoras, funciones emocionales, funciones de la percepción, funciones del pensamiento, funciones cognitivas superiores, funciones mentales del lenguaje, funciones mentales relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos, experiencias relacionadas con uno mismo y el tiempo, tics y manierismos y estereotipias y perseverancia motora. En las estructuras corporales se evalúa la estructura del cerebro. En relación al componente de actividad y participación se evalúa: aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones y relaciones interpersonales, áreas principales de la vida y vida comunitaria, social y cívica. Respecto a los factores ambientales se evalúa: productos y tecnologías, entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, apoyo y relaciones, actitudes y servicios, sistemas y políticas (CIF-OMS, 2001).

Se certifica la discapacidad intelectual conforme lo expuesto por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (2011) a aquellas personas que presenten a nivel de funciones corporales déficit de grado leve, con limitaciones en la capacidad de grado moderado, grave o completo en por lo menos el 75 % en el componente actividad y participación. Cuando en estructuras corporales no se pueda evaluar la magnitud de la lesión se tendrá en cuenta el mismo criterio. Asimismo, se certifica la discapacidad intelectual a las personas que presenten a nivel de funciones corporales déficit de grado moderado a completo, con limitaciones en la capacidad de grado moderado, grave o completo en por lo menos el 50% de las categorías codificadas en el componente actividad y participación. Siguiendo el mismo criterio cuando en estructuras corporales se pueda evaluar la magnitud de la lesión (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2011).

Respecto a la certificación de discapacidad mental en adultos que presenten trastornos psicóticos, del ánimo, de la personalidad o cognitivos, teniendo en cuenta la normativa establecida por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (2011) se certifica la misma a aquellas personas que presenten a nivel de funciones corporales déficit de grado moderado, con limitaciones en la capacidad de grado moderado a completo en al menos el 75%

de las categorías codificadas en el componente actividad y participación. Adoptándose el mismo criterio cuando en estructuras corporales se pueda evaluar la magnitud de la lesión. Asimismo, se certifica la discapacidad mental a aquellas personas que presenten a nivel de funciones corporales déficit de grado grave a completo, con limitaciones en la capacidad de grado moderado, grave a completo en al menos el 50% de las categorías codificadas en el componente actividad y participación. En caso de adultos que presenten epilepsia refractaria al tratamiento (es decir, resistente al mismo), se certifica discapacidad mental, considerando que presenten a nivel de funciones corporales déficit de grado moderado a completo, con limitaciones en la capacidad de grado moderado a completo en al menos el 50 % de las categorías codificadas en el componente actividad y participación.

En el caso de las discapacidades mentales, se pone énfasis en cuanto a las funciones corporales mentales como, la continuidad de la conciencia, funciones de la orientación, funciones Intelectuales, funciones de la memoria, funciones emocionales, funciones de la percepción, funciones del pensamiento, funciones cognitivas superiores y funciones mentales del lenguaje. Por su parte, las funciones corporales hacen referencia a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo también a las funciones psicológicas). Las deficiencias en las mismas constituyen problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación o pérdida significativa, por ejemplo, cuando una persona sufre un accidente y sufre una lesión en la médula espinal; como consecuencia de esta lesión, puede experimentar una deficiencia en las funciones corporales, como pérdida de sensibilidad en las piernas (CIF, 2001).

En relación a las estructuras corporales, se entiende a las mismas como las partes del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes y las deficiencias en las mismas como problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o pérdida significativa. En el caso de discapacidad mental se hace hincapié en estructuras del cerebro, por ejemplo, una lesión en el encéfalo que provoque daños en la capacidad cognitiva y funcionamiento intelectual (CIF, 2001).

A partir de estos lineamientos propuestos por la CIF, el proceso de certificación de discapacidad tiene en cuenta la condición de salud de la persona, a través del cual se evalúa el perfil del funcionamiento de la misma y consecuentemente la Junta Calificadora de Discapacidad de manera interdisciplinaria determinará si existe o no discapacidad (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2011).

Los requisitos para acreditar la discapacidad mental deben ser presentados ante la

Junta Calificadora de Discapacidad, estos son: Planilla completa para personas con discapacidad mental, Certificado Original expedido por el médico tratante que contemple diagnóstico según CIE-10 y DSM IV, resumen de Historia Clínica evolutiva especificando antecedentes de enfermedad, tiempo de evolución, internaciones, estado actual, tratamientos clínicos y farmacológicos recibidos en el último año de tratamiento, estudios médicos necesarios para elaborar el diagnóstico (determinación del CI, neuroimágenes, evaluación neurocognitiva). Todos estos requisitos deben ser presentados con fecha, firma y sello del médico especialista en original, con una antigüedad de no más de seis meses al momento de la evaluación (Ministerio de la Provincia de Córdoba, 2011).

7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo se enmarca en una sistematización de experiencia en relación a la práctica profesional supervisada realizada en un Hospital Público. Jara (2011) la define como “un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos”(p. 67), permitiéndome tal como lo manifiesta el autor Jara (2011) “interrogar la experiencia y dejarse interrogar por ella, por sus características, por los hallazgos que el proceso que llevamos a cabo nos presenta, por las tensiones o momentos significativos que vamos encontrando” (p.72).

Asimismo, nos posibilitará orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora, comprendiendo que la sistematización de experiencia no se reduce a narrar acontecimientos, describir procesos, escribir una memoria, clasificar y ordenar los datos, sino que todo esto es sólo una base para realizar una interpretación crítica. A su vez, proporcionando un espacio de reflexión acerca de la experiencia, como proceso complejo que se encuentra atravesado por diversos factores (Jara, 2013).

7.1 PARTICIPANTES

Para poder analizar uno de los objetivos propuestos, los sujetos participantes de esta sistematización fueron las cinco integrantes que conforman el equipo interdisciplinario de la Junta Calificadora de Discapacidad del Hospital Público. Este equipo cuenta con una Médica Clínica y gerontóloga, una Médica Cardiología Clínica, una Licenciada en Servicio Social, una Licenciada en Psicología y una secretaria Administrativa.

7.2 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos propuestos, además de la bibliografía pertinente fueron las siguientes: Recuperación de documentos, Entrevistas semi- estructuradas y Registro de campo.

En primer lugar, la recuperación de documentos, hace referencia a los registros con los que cuenta la Junta Calificadora de discapacidad, que incluyen valoraciones médicas, psicológicas, psiquiátricas de todas las personas adultas que solicitan el CUD por discapacidad mental. Esta técnica de recolección de datos fue orientada al primer objetivo específico propuesto.

Por otro lado, se realizaron entrevistas semiestructuradas a las integrantes de la Junta Calificadora de Discapacidad, las cuales permitieron no solo obtener información por parte de las propias integrantes, sino también acceder a los significados que cada una le otorga a la Junta (Yuni y Urbano, 2006), como también respecto a los criterios de valoración para el otorgamiento o denegación de un CUD. Las entrevistas semiestructuradas fueron diseñadas con preguntas abiertas y se tuvo, además, un listado presuntivo de preguntas relacionadas con la

temática a indagar, sin aferrarse a una secuencia establecida anteriormente (Yuni y Urbano, 2006). Esta técnica estuvo orientada al segundo y tercer objetivo propuesto.

Por último, se utilizó un registro de campo, es decir, el registro de observaciones que se realizaron de los informes, entrevistas, puntos de corte y forma de abordaje por parte de las integrantes del equipo interdisciplinario de la Junta Calificadora de Discapacidad ante la solicitud del CUD. Constituye la observación y manifestación concreta de ese proceso y todo lo que sucede en él, posibilitando una apertura de mirada y la oportunidad de aprehender el campo (Guber, 2004). Este instrumento estuvo orientado al tercer objetivo propuesto.

7.3 CUESTIONES ÉTICAS IMPLICADAS

Este trabajo se enmarca dentro de los principios y valores éticos establecidos por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016) y el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA) (2013) que se corresponden con el respeto por los derechos y dignidad de las personas, como así también al cumplimiento de las normas deontológicas, tales como obtener el consentimiento informado de las personas participantes, brindando la información respecto a lo fines de este, el mantenimiento del secreto profesional aún después de finalizadas la práctica, la responsabilidad en las relaciones y el compromiso de que este proyecto se realizó para el avance del conocimiento con una perspectiva transformadora.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En este apartado se hará una descripción del proceso vivido en la experiencia desde mi ingreso a la institución desde el mes de mayo hasta octubre de 2022.

El día 21 de abril del presente año se me informó la asignación dentro del contexto clínico, para luego comunicarme el día 28 de abril que mis prácticas se llevarían a cabo en una institución hospitalaria, situación que generó en mí una sensación de felicidad, debido a que siempre me interesé por este ámbito, como también por el ejercicio del rol dentro del mismo. Sumado al hecho de que considero a esta institución hospitalaria como un entorno que otorga valiosas oportunidades para enriquecer y profundizar lo aprehendido en el transcurso de estos años y continuar adquiriendo conocimientos para mi formación como futura profesional.

El día 4 de mayo recibí una amena bienvenida por parte de la referente de la División de Salud Mental, quien me informo respecto al cronograma de actividades que se llevan a cabo en la división, el cual consta de una descripción diaria de las distintas áreas, como de los profesionales presentes en el desarrollo de las mismas, notificándome el horario de ingreso y egreso (9 hs a 13 hs aproximadamente).

8.1.1 EXPERIENCIA EN LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL

El día 9 de mayo, naturalmente ansiosa, como en todo comienzo me presentó en el horario acordado en la División de Salud Mental, situación que cambió positivamente cuando fui recibida de manera muy amable y relajada por mi referente, la cual me presentó al equipo

integrante de la División de Salud Mental, junto a una breve reseña de las intervenciones que se realizan en los distintos Servicios del nosocomio, dando cuenta de que la amplia variedad de servicios y especialidades que operan de manera interdisciplinaria con nuestra especialidad. Hecho que me sorprendió gratamente.

Luego la profesional relató un caso del Servicio de Quemados, generando una explicación por parte de la referente respecto a los tipos de quemaduras, los porcentajes de gravedad (Índice de Garcés) y las fases que conlleva la internación de un paciente quemado. Luego nos dirigimos al área donde se encuentra la Junta Calificadora de Discapacidad, lugar donde fui presentada ante una de las integrantes del equipo interdisciplinario que la compone, comentándonos las funciones que se desempeñan en la misma, como así también cómo se codifica el CUD y los criterios a tener en cuenta para los mismos e informándome que tendría la posibilidad de observar las entrevistas que se realizan en la misma, para determinar y explicitar los fundamentos para la obtención o denegación de un CUD.

Luego nos dirigimos a uno de los consultorios externos que posee la institución para profesionales de Salud Mental, lugar donde pude observar dos entrevistas para valoración de pacientes que van a ser ingresados en la lista de trasplante hepático, las cuales fueron realizadas por la referente. Constituyendo mi primera experiencia como observadora de una entrevista clínica psicológica.

8.1.2 INTERVENCIONES EN DIVERSOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Como observadora no participante diariamente recorrí las distintas áreas conforme al cronograma prefijado de la División de Salud Mental, presenciando las intervenciones que realizan los integrantes del equipo interdisciplinario que la conforman.

Tuve acceso a informes médicos o evoluciones médicas en las historias clínicas,

informes psicológicos, videos de pacientes y entrevistas de la Junta Calificadora de Discapacidad; historias clínicas, entrevistas, seguimientos y acompañamientos de pacientes internados en el Servicio de Quemados; entrevistas para el proceso de Hormonización; interconsultas psicológicas y psiquiátricas en Unidad Coronaria (UCO), UTI, Clínica Médica, Servicio de Quemados, Servicio de Oncohematología, Servicio de Guardia Central; valoraciones pre trasplante hepático, cardíaco, pulmonar, renal, renopancreático; entrevistas a pacientes en los consultorios externos de psiquiatría.

También tuve acceso a observaciones de pacientes con patologías tales como psicosis, esquizofrenia, depresión con los diferentes profesionales; talleres para pacientes con diagnósticos de Miastenia Gravis, Esclerosis Múltiple y Obesidad. Asistí a charlas de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental de Córdoba e incluso participé de un *Workshop* sobre el Enfoque Funcional en los Procesos de Rehabilitación Infantil. Experiencias que día a día me aportaron nuevos conocimientos, como así también un sentimiento de enorme gratitud hacia todos los profesionales de la institución por su desinteresada entrega y profesionalismo.

A continuación, relataré mi experiencia haciendo hincapié como pasante por los diferentes servicios, organismos, talleres, en los cuales desarrollé mi rol como observadora no participante.

Junta Calificadora de Discapacidad

Es la encargada de llevar a cabo el proceso de certificación de discapacidad, está formada por un equipo interdisciplinario compuesto por cinco integrantes: una médica clínica y gerontóloga, una médica cardiología clínica, una licenciada en servicio social, una licenciada en psicología y una secretaria administrativa.

Esta Junta Calificadora de Discapacidad es la responsable del otorgamiento o denegación del CUD, documento público oficial que acredita la condición de discapacidad como así también las prestaciones que la persona con discapacidad necesita. Los tipos de discapacidad son: visceral, visual, auditiva, motora, mental e intelectual (dentro de las intelectuales los retrasos mentales: moderado, grave y no especificado).

Desde el inicio, sentí la necesidad de comprender e investigar lo que implica este proceso, ya que siempre me interesó el abordaje de personas con discapacidad, pero desconocía la importancia y las implicancias de la existencia del CUD. Así fue como fui tomando contacto con diferentes temas de interés, tales como la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF); los puntos de corte; los Códigos de Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud - Décima revisión (CIE-

10), las prestaciones que incluye y las normativas generales y particulares a cumplimentarse para todos los tipos de discapacidad, como también los estudios complementarios para la solicitud del CUD.

Servicio de Quemados

Este servicio cuenta con la presencia de médicos clínicos, médicos cirujanos y personal de enfermería, kinesiólogos, administrativos, con permanencia en el internado y además con el apoyo de otros servicios del Hospital Córdoba (entre ellos: salud mental, nutrición, fonoaudiología, odontología, personal de maestranza, limpieza, etc.). A partir de las observaciones que realicé en esta área pude conocer los distintos tipos/grados de quemaduras que existen: quemaduras de tipo A, las cuales son superficiales y se consideran de primer grado, quemaduras de tipo AB, se consideran intermedias y son de segundo grado, como también las quemaduras de tipo AB-A, consideradas intermedias superficiales y de segundo grado superficial; quemaduras de tipo AB-B, consideradas intermedias profundas y de segundo grado profunda y por último las quemaduras de tipo B de espesor total, las cuales constituyen quemaduras de tercer grado. Estas últimas requieren tratamiento quirúrgico, debido a la imposibilidad de su recuperación espontánea. Las técnicas que se realizan corresponden a autoinjertos u homoinjertos de tejido. En el autoinjerto es importante favorecer la pronta curación de las zonas dadoras, atendiendo también a los dolores que implican. Por otro lado, un homoinjerto es cuando se requiere un trasplante de piel de otro ser humano. Comúnmente se utiliza piel cadavérica o en casos muy particulares perteneciente a un donante vivo.

Así también pude comprender el gran desafío que los profesionales de la salud deben afrontar diariamente con los pacientes internados por las implicancias biopsicosociales que conlleva su abordaje, tales como el estrés postraumático, depresión, la disposición o no de una red de contención familiar, de asistencia financiera, en relación a la implicancia de cirugías, rehabilitación y curaciones.

Por estas y muchas razones más este servicio siempre me generó una mezcla de sentimientos encontrados, por un lado, la necesidad de abordar mi observación desde la disociación instrumental y por otro la tan necesaria empatía y acompañamiento tanto en pacientes internados en piso y en la UTI de Servicio de Quemados, como todo el equipo de salud actuante. Este es un servicio que siempre enseña algo nuevo y por esa razón en un principio me generó un gran interés.

Servicio de Terapia Intensiva

Este servicio, cuenta con dos terapias intensivas, una general y otra diseñada y organizada exclusivamente para pacientes del servicio de quemados. Teniendo en cuenta que los pacientes internados necesitan ser controlados y monitoreados de manera permanente. En mi estadía, tuve la posibilidad de observar las intervenciones, advertir las repercusiones no solo a nivel orgánico sino también emocional en los mismos y también en los profesionales de salud que deben interactuar bajo numerosos riesgos emocionales a los que se exponen diariamente confiando sólo en sus competencias, fortalezas y recursos personales para llevar a cabo su labor.

Programa de hormonización a personas trans

Este programa me permitió observar entrevistas e intervenciones, donde se visualizó el trabajo interdisciplinario que realizan los profesionales de salud (psicóloga, médica endocrinóloga, fonoaudióloga), destacando la importancia del asesoramiento, acompañamiento y asistencia interdisciplinaria durante todo el proceso, debido al compromiso corporal y al impacto psicológico que trae aparejado el mismo.

Servicio de Unidad Coronaria

En este servicio se observó cómo las afecciones comprometen e involucran al paciente en su totalidad, abarcando distintas dimensiones psicológicas, sociales, físicas y familiares, dando cuenta de la importancia del trabajo interdisciplinario en esta área, en donde el rol del psicólogo a través de sus intervenciones permite acompañar y apoyar al paciente en el compromiso con la internación y la adherencia al tratamiento desde una mirada de la salud como un proceso continuo e integral.

Valoración Pre Trasplante

La observación de entrevistas que los diferentes profesionales de la División de Salud Mental realizan a los pacientes que esperan trasplantes por enfermedades crónicas, me permitió advertir la importancia del rol del psicólogo clínico, ya que desde esta disciplina los profesionales pueden advertir la existencia de determinados factores de riesgo en los pacientes, tales como adicciones, falta de adherencia al tratamiento, falta o inadecuada red de contención familiar, ausencia o información incompleta respecto al proceso quirúrgico, entre otras, para facilitar el tránsito y la evolución satisfactoria del paciente en el pre y post operatorio. Resaltando los aportes del profesional de salud mental en la valoración y en algunos casos el

acompañamiento y seguimiento a pacientes.

Talleres

Los talleres dentro de la institución fueron: uno sobre Miastenia Gravis, Esclerosis Múltiple y otro dentro del programa de Obesidad: “Hambre Emocional”. En los dos primeros realizados los días 31/05 y 02/06 me sentí realmente interesada, ya que si bien tenía conocimientos básicos respecto a las consecuencias que producen estas enfermedades en los pacientes, la presencia en ambos enriqueció mi aprendizaje, debido a que pude acceder a información respecto al trabajo interdisciplinario para estos pacientes y a la escucha de cómo vivencian la enfermedad, específicamente en cuanto a su funcionalidad corporal y calidad de vida.

En el tercer Taller de Hambre Emocional realizado el día 24/08 en el Aula de Servicio de quemados de la institución, tuve participación activa en el mismo, debido a que mi referente nos invitó a desarrollar el concepto de “hambre emocional” junto a mi compañera de práctica. Oportunidad que me permitió profundizar los conocimientos respecto a la obesidad, el sobrepeso, la actividad física, la conducta alimentaria, las emociones y su relación con el “hambre emocional”. Advirtiéndome que este último puede ser considerado un factor psicológico predictor del sobrepeso y la obesidad.

Estos talleres posibilitaron el aprendizaje y la constante reafirmación diaria del reconocimiento que el trabajo siempre es con otros.

Consultorios externos

Las experiencias que viví a través de la observación de tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos en las intervenciones llevadas a cabo en los consultorios externos de la institución por parte de los profesionales de la División de Salud Mental, me permitieron aprender por un lado como se lleva adelante un tratamiento psicológico con pacientes con diversas psicopatologías tales como psicosis, esquizofrenia, histeria, depresión, múltiples trastornos, entre otras, lo cual es una experiencia única, ya que a través de la misma pude visibilizar y comprender la validez de los principios teóricos puestos en práctica y por otro lado la importancia de un trabajo conjunto de psicólogos y psiquiatras para el tratamiento de diversas psicopatologías.

Guardia Central

En este servicio al que acudí tres veces desde el inicio de mi práctica, me proporcionó la posibilidad de observar por un lado el trabajo interdisciplinario que se realiza en el mismo a partir de pedidos de interconsultas, requerimientos o solicitudes por parte de los médicos clínicos, dando cuenta que es un servicio donde pude visibilizar situaciones de riesgo y gravedad en pacientes adolescentes, adultos y adultos mayores. Por otro lado, observé la manera en que se llevan a cabo las entrevistas dentro del mismo y cuál es la información que se debe obtener en cada situación en particular, dando cuenta de la eficacia y rapidez en las intervenciones por parte de todos los profesionales de la División de Salud Mental en dicho servicio.

Clínica Médica

En este servicio la experiencia como observadora no participante en las intervenciones realizadas por parte de todos los profesionales de la División de Salud Mental, permitieron visibilizar la importancia del rol que cumplen los psicólogos clínicos en una institución hospitalaria, debido a que las intervenciones son abordadas desde una perspectiva biopsicosocial. Transmitiendo la información necesaria sobre cada paciente en un lenguaje común no solo con todo el personal de salud de la institución sino también a familiares y el propio paciente.

Entrevistas para la valoración del daño psíquico a víctimas del terrorismo de Estado

Estas tres entrevistas me permitieron poder observar en primera persona no sólo a las víctimas que estuvieron presas, sino también a los hijos de desaparecidos. Pudiendo dar cuenta de las diferentes formas de vivenciar un hecho traumático y las secuelas emocionales que este último puede generar e interferir en su vida cotidiana, tales como adicciones, ansiedad, culpa, agresividad, depresión, alteraciones en el sueño, entre otras. Asimismo, pude visibilizar la importancia de escucha por parte de los profesionales de manera interdisciplinaria.

El paso por cada una de las áreas anteriormente mencionadas me despertó mucho interés, como también la posibilidad de observar que el trabajo en el ámbito hospitalario es movilizador, ya que atraviesa lo individual, familiar y social. Se toma contacto directo con el sufrimiento tanto físico como psíquico del otro, lo cual es muy diferente estudiarlo y aprenderlo que visualizarlo. Así también comprendí que al hospital se lo conoce recorriéndolo y que nunca

un día es igual que otro.

Al conocer el Servicio de Quemados específicamente me sentía muy intrigada, despertando en mí la posibilidad de que mi trabajo final estuviera enfocado en este servicio. Sin embargo, tal como lo dije anteriormente nunca un día es igual a otro y al avanzar en mi práctica tuve en cuenta otras posibilidades por la riqueza que el ámbito hospitalario me ofrece diariamente.

En igual sentido la misma sensación nació cuando observé las intervenciones dirigidas a la valoración pre trasplante, por las situaciones de vulnerabilidad en las cuales se encuentran insertos los pacientes, produciéndoles desequilibrios emocionales significativos.

Situación que se mantuvo hasta mediados del mes de junio, cuando al repreguntarme “¿Que quiero sistematizar?” me puse a pensar, como mencioné anteriormente, en el interés e intriga que me genera el abordaje de la discapacidad y especialmente en las discapacidades mentales e intelectuales. Comprendiendo que desde el comienzo de mis prácticas la mayoría de mis registros se enfocaron en las entrevistas realizadas junto al equipo interdisciplinario que conforma la Junta Calificadora de Discapacidad.

Por eso, decidí llevar adelante este desafío porque considero que las funciones que lleva adelante esta Junta de manera interdisciplinaria con respecto a la certificación por discapacidad mental e intelectual contribuyen a la necesaria diferenciación de que no todas las personas con trastorno mental e intelectual son en sentido estricto personas con discapacidad.

8.2 ANÁLISIS DE DATOS

Objetivo 1

“Identificar las psicopatologías prevalentes en la solicitud de la certificación de discapacidad mental en una Junta Calificadora de Discapacidad, en personas adultas”

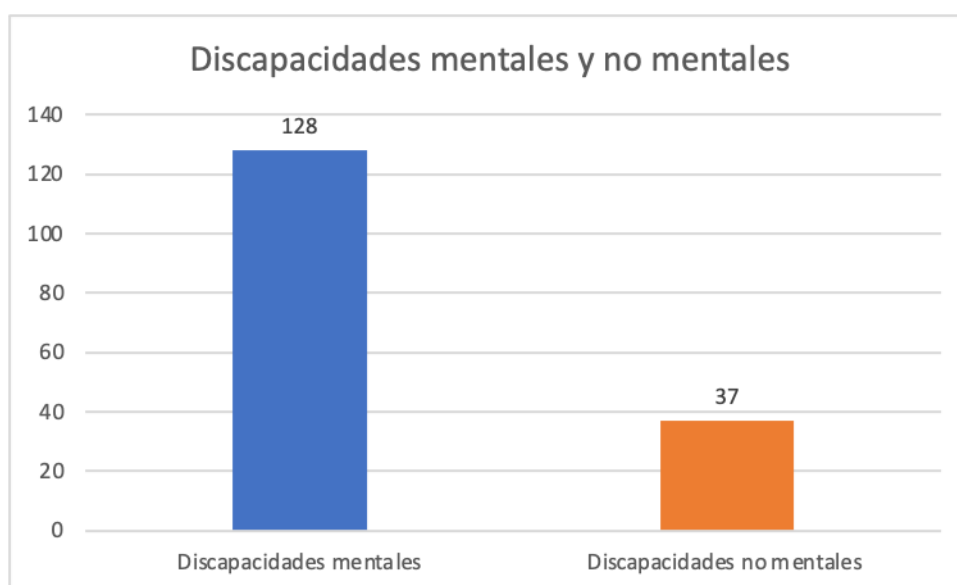
En este apartado se presenta el análisis de los datos obtenidos a través de la recuperación de documentos, estos son, los registros con los que cuenta la Junta Calificadora de discapacidad del Hospital Córdoba. En estos, se incluyen valoraciones médicas, psicológicas, psiquiátricas de todas las personas adultas que solicitan el CUD por discapacidad mental.

Para realizar la clasificación, se utilizó como referencia la CIE-10 y la CIF, que permitió identificar cada uno de los diagnósticos.

A modo de describir los mismos, se realizó un conteo de los CUD otorgados según cada discapacidad, con el objetivo de obtener la suma total de discapacidades tanto mentales como no mentales. Se encontraron en este análisis, un total de 165 certificados otorgados durante el año 2022.

Del total, el 77,6% corresponden a discapacidades mentales (n=128) y el 22,4% a no mentales (n=37). A continuación, ilustramos esta información.

Ilustración 1. Distribución General de Discapacidades mentales y no mentales durante el año 2022.



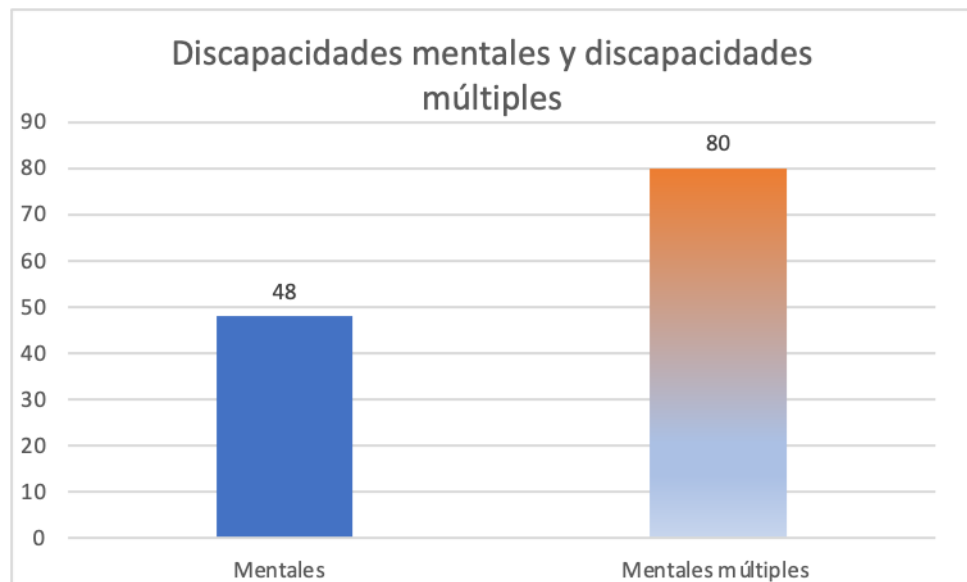
Dentro de los 37 CUD otorgados para discapacidades no mentales, encontramos los siguientes diagnósticos:

Tabla 1. *Diagnósticos de discapacidades no mentales (según CIE-10 y CIF) de CUD otorgados en 2022.*

Discapacidad	Diagnóstico CIE-10	Número. de CUD entregados
Motora- (Otros síndromes de malformaciones congénitas especificados, no clasificados en otra parte)	Q 87.8	1
Visceral-Visual	H 54.2, H 36.0, V 07.1	1
Auditiva	H 90.3	4
Visual	G 36.0, H 54.2	3
Motora	Z 99.5, R 26	1
Visceral	H 18, Z 99.2	14
Visceral-Motora	R 26, M 87.9, T 93.1, E 10	1
Visual- Visceral- Intelectual (Retraso Mental Leve)	H 57, B 44.1, J 47	1
Auditiva- Visceral- Motora	H 91.2, G 80.2, V07.1, R 26	1
Motora- Visual	I 69, H 91, H 54.4, R 26	1
Intelectual (Retraso Mental Severo)	F 72	2
Intelectual (Retraso Mental Moderado)	F 71	3
Intelectual (Retraso Mental Leve no especificado)	F 70.9	2
intelectual (Retraso Mental Grave, TGD)	F 72.9, F 84	1
visual- visceral- intelectual (Retraso Mental Leve)	H 57, B 44.1, J 47	1

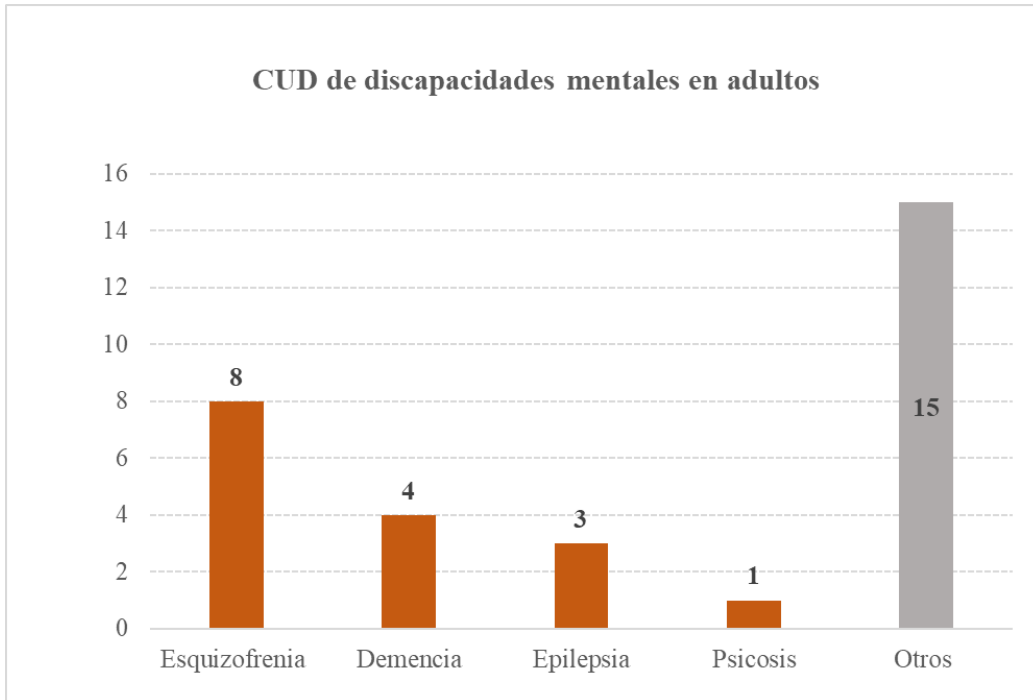
Nota. Las columnas muestran un franco predominio de discapacidades múltiples por sobre las mentales, respecto a los CUD entregados en el año 2022 (n=128)

Por otra parte, al analizar los 128 CUD otorgados por discapacidades mentales, nos encontramos con casos en los que las personas presentan discapacidades múltiples, es decir, que en su diagnóstico involucran una discapacidad mental con otra de tipo auditiva, visual, motora y visceral. En función del total de discapacidades mentales, se realizó un recuento de 80 casos de discapacidades múltiples (esto es, un 62,5%) y 48 casos de discapacidades exclusivamente mentales (esto es, un 37,5%). El siguiente gráfico representa lo anteriormente mencionado:



De la misma forma, nos dedicamos a observar las prestaciones para cada discapacidad para la totalidad de CUD entregados. En relación a estas, pudimos visibilizar que las diferencias en los casos se presentaban en su mayoría, según la edad. Profundizaremos en esto mediante ejemplos. En relación a los menores de edad (un total de 42 casos), cabe destacar que reciben en su totalidad la prestación de rehabilitación, apoyo a la integración escolar, prestaciones educativas (INICIAL, EGB), y transporte, para que las obras sociales o los programas puedan contar y disponer de los recursos necesarios para tales prestaciones. Es a partir de los 18 años que comienzan a recibir prestaciones dependiendo de la secuela que presente a partir del diagnóstico. Por su parte, los adultos mayores, reciben la prestación necesaria de acuerdo a la valoración de la Junta en relación a cada patología, secuela y/o disfuncionalidad certificada.

Con estos datos, podemos aproximarnos a conocer la prevalencia de CUD otorgados por la Junta Calificadora de discapacidad del Hospital Córdoba. Los datos de los registros utilizados para esta investigación nos aportan información valiosa, la cual puede compararse a la luz de datos a nivel nacional, como los de ANDIS (Anuario Estadístico del Registro Nacional de Personas con Discapacidad). Hasta el año 2020, según este anuario, Córdoba se ubicaba en el quinto puesto de provincias con mayor cantidad de certificados emitidos, presentando un total de 8.039 personas con CUD. Sin embargo, en los datos de ANDIS, en la región centro (que incluye Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos) la mayoría de los casos son menores de 14 años, y en contraste, en nuestra investigación los menores no representan una mayoría considerable; esto último puede deberse a que el Hospital Córdoba dirige su atención fundamentalmente a la población adulta. Siendo la población infantil asistida en otras instituciones orientadas a niños y por lo tanto no es representativo de la totalidad de la población con CUD en esta Junta en particular.



Por último, con respecto al tipo de discapacidad, de modo similar a los resultados de la región centro, el presente trabajo muestra una prevalencia de CUD otorgados por discapacidad mental por sobre el resto de discapacidades. De los 128 CUD correspondientes a discapacidades mentales, 48 corresponden exclusivamente a discapacidades mentales (es decir, no múltiples), y de éstos, 31 corresponden a personas adultas. Dentro de este último grupo, se destaca la prevalencia del diagnóstico de esquizofrenia, seguido por demencias y epilepsia en relación al total de CUD otorgados.

Resaltamos que este dato corresponde a personas adultas, debido a que el Hospital Córdoba como se mencionó previamente no atiende menores de 14 años.

Por lo tanto, focalizándonos en el caso de los adultos, es interesante observar como la esquizofrenia prevalece por encima del resto.

La esquizofrenia se define según la CIF (2001) como un trastorno mental y del comportamiento en el cual el menoscabo ha alcanzado un compromiso tal que interfiere marcadamente con la capacidad de introspección, y la posibilidad para afrontar demandas ordinarias de la vida, o para mantener un adecuado contacto con la realidad. Dentro de la clasificación de los trastornos psicóticos, la esquizofrenia resulta ser el más frecuente. Teniendo en cuenta que la esquizofrenia es una enfermedad crónica y en casos leves o compensados la persona no requiere necesariamente CUD.

El criterio para otorgar el CUD a las personas con este diagnóstico, utilizado por la junta analizada, al igual que todos los demás diagnósticos, está reglamentado por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la “Normativa para la Certificación de personas con discapacidad”. Específicamente, la entrega de CUD para esta patología requiere de los siguientes criterios:

<p>DISCAPACIDAD LEVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vida autónoma o con una leve disminución de su capacidad funcional, excepto en periodos de crisis. • Alucinaciones infrecuentemente (ej. 1-3 veces al mes) y sin deterioro en el desempeño. • La idea delirante no se ha formado completamente
<p>DISCAPACIDAD MODERADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción moderada en el desempeño de actividades diarias, sociales y laborales. • Evita bañarse y cambiar de ropa, y presenta ropa sucia y pelo despeinado. • Necesita estimulación y tiene comidas e hidratación irregulares y precarias. • Requiere medicación y tratamiento psicoterapéutico. • Experimenta alucinaciones diarias o perturbaciones en algunas áreas del desempeño debido a las alucinaciones. • Comportamiento claramente extraño y algunas áreas del desempeño perturbadas por pensamiento delirante. • Dificultad para recordar información personal. • Reducción significativa en los movimientos o expresión oral. • Dificultades marcadas en las relaciones personales o actitudes autistas.
<p>DISCAPACIDAD GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grave restricción en las actividades diarias, lo que requiere supervisión en ambientes protegidos. Disminución de la capacidad laboral debido a la deficiente concentración. • Comida irregular y precaria. • Mala respuesta al tratamiento y necesidad permanente de internaciones. • Asociaciones laxas de ideas y expresión oral incomprensible debido a un deterioro severo. • Tendencia al apragmatismo y abstracción. • Expresión oral y gestos mecánicos, expresión facial inalterable. • Síntomas alucinatorios y delirantes crónicos. • Frecuentes alucinaciones verbales o visuales varias veces al día o perturbaciones en muchas áreas del desempeño.

DISCAPACIDAD MUY GRAVE	<ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para el autocuidado y para llevar a cabo AVD.• Requiere ayuda de terceros constante.• Sin actividad laboral.• Presencia de algunas de las siguientes características clínicas:• Trastornos severos del curso y contenido del pensamiento que afectan al sujeto la mayor parte del tiempo.• Pérdida del contacto con la realidad.• Trastornos perceptivos permanentes.• Catatónico.• Institucionalización prolongada.• Conductas disruptivas reiteradas.
-----------------------------------	--

Objetivo 2: Analizar los criterios que tienen en cuenta las diferentes integrantes de la Junta Calificadora de Discapacidad para la toma de decisión a la hora de otorgar un Certificado Único de Discapacidad a personas adultas.

En este apartado se presenta el análisis de las entrevistas realizadas a las 5 profesionales que trabajan en la Junta Calificadora de Discapacidad del Hospital Córdoba. A partir de las experiencias, perspectivas, y relatos de las mismas, realizamos un análisis de sus experiencias trabajando de manera interdisciplinaria para cumplir su función de otorgar CUD a quienes lo soliciten.

Se trabajó con el análisis de los discursos de la secretaria de la junta, de una médica clínica cardiología, una médica clínica gerontóloga, una licenciada en trabajo social, y una licenciada en psicología.

En primer lugar, se hará referencia a la primera parte del proceso, esta es la solicitud del CUD por parte de una persona con discapacidad. Como se mencionó en un principio, existe una ley que establece el Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad; esta es la Ley 22.431, normativa que promueve asegurarles a las personas con discapacidad atención médica, seguridad social, educación, entre otros; la cual establece que se deberá certificar la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, como las posibilidades de rehabilitación para acceder a dicho sistema. El Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente era el órgano encargado “en su momento” de certificar la existencia de discapacidad en cada caso, como así también indicar que tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar la persona con discapacidad. Esta normativa procede a legalizar el certificado de discapacidad como documento legal, otorgando acreditación plena a la discapacidad en todo el territorio argentino.

En el año 2001 se aprobó la Ley 25.504 que modifica el Art. 3 de la ley 22.431; dicha normativa determina que el Ministerio de Salud de la Nación será la entidad encargada de certificar en el caso de la existencia de la discapacidad, señalando además que el certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad (CUD) y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio Nacional. Comienza a través de la misma un proceso tendiente a unificar los criterios de evaluación y certificación de la discapacidad por parte de las Juntas Evaluadoras en todo el territorio argentino.

A su vez, en el año 2014 a través de la Ley 27.044 la República Argentina, otorga jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,

con el objeto de promover, proteger y asegurar el pleno e igual disfrute de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por parte de las personas con discapacidad, y respetar su dignidad inherente.

La solicitud reviste el carácter de declaración jurada y debe ser completada por el solicitante para ser atendido por la Junta Evaluadora (MINSAL, 2017). La persona a evaluar o solicitante deberá completar los campos relativos a datos personales, referidos a: apellido/s, nombre/s, fecha de nacimiento, sexo, documento de identidad (tipo), nacionalidad, residencia, domicilio, código postal, teléfono, localidad, provincia, estado civil, condición y categoría de actividad, situación previsional, cobertura médica, beneficio ley 19.279, como así también los datos referidos a tutor, guardador, curador o apoyo.

Es en ese momento de la solicitud, en el que da inicio la tarea de evaluación. Ocurre una vez que la persona se pone en contacto a través de medios digitales (como Gmail) o personalmente, y es informada acerca de los requisitos para procesar su pedido. Esto es aclarado en las entrevistas por las profesionales:

Agustina: ¿Cómo es la dinámica de trabajo?

Profesional 1: *“Hemos creado una cuenta de Gmail, en donde los pacientes o familiares que soliciten el CUD, nos solicitan a través de esa cuenta de mail los requisitos para poder iniciar el protocolo de certificación de discapacidad, por lo cual en ese mail nosotros le reenviamos los requisitos, los cuales son: el certificado del médico tratante, los estudios complementarios, la fotocopia del DNI de frente y dorso, el carnet de la obra social (si tuviere), un número de contacto, un video de la persona que tenga la deficiencia para poder acreditar identidad y a veces ver la deficiencia (por ejemplo la motora o una demencia) y cuando los tenemos (contamos con toda la documentación), tenemos dos días asignados para turnos para discapacidad. Entonces a medida que van llegando y tienen completa la información se las va agregando en estos turnos y los días lunes o miércoles llamamos al teléfono de contacto que nos hayan dejado, le tomamos los datos e iniciamos el protocolo de discapacidad. Una vez que terminamos el protocolo, llamamos al paciente o al familiar, se codifica, se imprime y se los cita para su entrega”.*

El protocolo que es mencionado por la profesional, refiere a la evaluación para obtener el CUD. A través de la Resolución 558/2016 se produjo una modificación en cuanto al mismo,

un cambio en la práctica, facilitando la incorporación de la persona con discapacidad al sistema de certificación; agrega de manera explícita la modalidad de CIE-10, teniendo en cuenta no solo su estado de salud, sino también aspectos socioeconómicos como familiares, relacionados con la habitación y la educación, entre otros (MINSAL, 2016). El proceso culmina en la entrega o denegatoria de la solicitud.

Los pasos relatados describen una serie de actividades a seguir y cumplir, y en todos los casos se requiere de la toma de decisiones y perspectiva por parte de los profesionales, quienes evalúan a partir de sus capacidades y conocimientos en su área específica.

Es importante destacar, que una pieza clave para esta evaluación son las secuelas presentadas por el paciente. Una secuela de una discapacidad es un efecto residual que permanece después de que la discapacidad en sí misma ha sido tratada o controlada (Real Academia Española, s.f., definición 3). Las secuelas pueden ser físicas, emocionales, cognitivas o sociales y pueden afectar la calidad de vida de la persona. Estas pueden persistir incluso después de recibir tratamiento médico y rehabilitación para la discapacidad original. A continuación, un fragmento de las entrevistas que especifica esto:

Agustina: ¿Qué circunstancias y/o situaciones darían lugar a la renovación del CUD? ¿Por qué?

Profesional: *“Las secuelas, hay secuelas permanentes, un paciente que está amputado no lo va a recuperar así use prótesis, igualmente va a tener trastornos en la marcha”*

Profesional: *“El paciente tiene que tener una enfermedad crónica y que tenga secuelas, la mirada de la Junta Calificadora de Discapacidad es a las secuelas. Todo lo que es discapacidad es parte de una alteración funcional, la cual puede ser física o mental y que limita la integración social, laboral, educacional, porque no es la patología en sí, sino el contexto social y las limitaciones que tiene. Por eso en el protocolo del CUD en un principio se pone las secuelas del paciente y luego la etiología, esto se realiza a través del CIE-10 y después ver la parte funcional, que se realiza a través de la CIF (parte funcional corporal, parte de estructuras corporales, actividad y participación y los factores ambientales). Entonces hay un contexto, el paciente, su entorno y las limitaciones o desventajas que tiene en la funcionalidad. El CUD se da por secuelas, se dice en las normativas que tienen que pasar seis meses para poder evaluar al paciente”*

Las secuelas afectan directamente al funcionamiento de la persona, lo que impide que las personas se desempeñen de manera óptima en sus ambientes, y afecta la relación entre las mismas y su entorno. Se puede entender que el funcionamiento implica una relación compleja

entre la salud de una persona y los diversos factores ambientales (físicos, sociales y actitudinales), que pueden actuar como facilitadores o barreras, determinando su participación en la vida diaria (Vallejos, 2012). Es justamente a la deficiencia en este funcionamiento, a lo que llamamos discapacidad.

Este punto de vista, permite ampliar la perspectiva, y no centrarnos solamente en aquellas actividades que las personas con discapacidad no pueden realizar, sino en las que continúan desempeñándose. A esto último le llamamos modelo biopsicosocial, ya que tiene en cuenta no solo el diagnóstico, sino las fundamentaciones biológicas, las motivaciones psicológicas y los condicionamientos sociales.

Normativas para la certificación de personas con discapacidad mental

Por último, haremos referencia a las normativas para la certificación de personas con discapacidad mental, necesarias para la entrega de CUD, centrándonos específicamente en aquellas normativas referidas a las discapacidades mentales.

Las normativas para la certificación de personas con discapacidad mental, se realizan a partir de lo establecido por ANDIS, quien determina que para evaluar personas se utilizan dos clasificaciones de la OMS, la CIE-10 y la CIF. Asimismo, para la identificación de las condiciones de salud de origen mental también se utiliza el DSM IV de la Asociación Americana de Psiquiatría. Dicho proceso tiene en cuenta la condición de salud de la persona para la evaluación del perfil de la misma, determinando a través de la Junta si existe o no discapacidad. Estas normativas tienen como objetivo servir de herramienta o definir línea de corte con los elementos técnicos para la evaluación (Herrera y Medina, 2017).

Según la Disposición del Servicio Nacional de Rehabilitación N° 648/2015, existen dos tipos de discapacidad a saber: Discapacidad con Deficiencia Mental y Discapacidad con Deficiencia Intelectual.

Respecto a la primera, la describe de manera global como las deficiencias en los procesos cognitivos, afectivos y/o del comportamiento en las estructuras del sistema nervioso y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad o habilidad real sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas (MINSAL, 2017). En referencia a la segunda, la misma es definida como un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en dominios conceptuales, sociales y

prácticos. Se origina antes de los 18 años y es un término que reemplaza al de retraso mental, constituyendo una parte integrante de la diversidad humana. La discapacidad intelectual no es una enfermedad mental (MINSAL, 2017).

A su vez, se plantean criterios que deben ser respetados al momento de la evaluación. Para hablar sobre ellos, comenzaremos haciendo referencia a las primeras condiciones al momento de realizar una valoración.

En primer lugar, no se evalúa en los procesos agudos (crisis), aunque haya un diagnóstico que no permita entrever mejoría; esto se debe a que, en un proceso agudo, por ejemplo, un episodio de epilepsia, no es posible realizar una valoración objetiva del caso.

A su vez, no corresponde proceder a la evaluación de la discapacidad antes de los seis meses de dicho episodio, como tampoco cuando se encuentre en pleno tratamiento por el mismo y/o internado. Sin embargo, existen excepciones debido a que, en algunos casos, posterior a la pandemia por COVID-19, algunos pacientes suelen ser evaluados durante la internación, teniendo en cuenta las secuelas de la etiología. Un ejemplo sobre los procesos de evaluación se da en la epilepsia, mencionado por una de las profesionales cuando refiere:

Profesional: "... si yo tengo un paciente con una epilepsia, que tiene una crisis por año, le deniego el certificado y la denegatoria es necesaria, ya que es el documento que le entrego al paciente, yo digo que el paciente tiene la epilepsia pero que no le corresponde el CUD según las normativas vigentes de la Agencia Nacional de Discapacidad. Para que una epilepsia entre dentro de una discapacidad, tiene que ser una epilepsia refractaria, esto es que el paciente en un periodo de tiempo haya pasado por más de tres esquemas de tratamiento que no le hayan dado resultados y que tenga dos/tres o cuatro crisis por semana".

Conforme lo anteriormente mencionado, las personas epilépticas refractarias al tratamiento podrán acreditar discapacidad, ya que por la frecuencia de las crisis presenten alteraciones en las funciones corporales de grado moderado, grave, completo presentando limitaciones en la capacidad de grado grave a completo por lo menos el 50% de los ítems codificados (CIF, 2001).

Por otro lado, es de suma importancia conocer exhaustivamente la historia clínica del sujeto, particularmente los antecedentes de la enfermedad actual, si hubo internaciones, esquemas farmacológicos anteriores, dosis terapéuticas, existencia de comorbilidades que

puedan acentuar o enmascarar el proceso. Por ejemplo, en la evaluación de un sujeto con esquizofrenia, es importante la valoración de la historia clínica que contenga el diagnóstico completo del paciente; esto es, que incluya historia clínica psiquiátrica y médica general, historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar, examen del estado mental, evaluación física (como la evaluación neurológica cuando esté indicada) y exploraciones complementarias, facilitará el correcto encuadre de la enfermedad y la determinación de la existencia o no de discapacidad.

Además, la entrevista clínica se erige como un espacio crucial para establecer una relación empática y de confianza con el paciente. A través de preguntas abiertas y una escucha activa, se brinda al individuo la oportunidad de expresar sus inquietudes, emociones y percepciones relacionadas con su enfermedad y su situación actual. Este diálogo abierto permite no solo obtener información relevante para el proceso de evaluación, sino también comprender la experiencia subjetiva del paciente y considerarla en la toma de decisiones. La empatía y la sensibilidad en la entrevista no solo fortalecen la calidad de la evaluación, sino que también contribuyen a establecer una relación de respeto y colaboración entre el paciente y el equipo de salud, fundamental para el abordaje integral de su condición médica (Venturini & Medina, 2017).

Finalmente, en el caso de los trastornos adictivos, se realizará una evaluación de la enfermedad subyacente y/o las consecuencias derivadas del trastorno adictivo. Cualquier síntoma que persista durante más de cuatro semanas después de la desintoxicación y/o abstinencia debe ser considerado como una manifestación de un trastorno mental independiente.

Discapacidad y funcionalidad

Respecto a la valoración del funcionamiento de los pacientes y su relación con el ambiente, se utiliza la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud). Hace referencia a una clasificación del funcionamiento y la discapacidad de las personas, y agrupa sistemáticamente los dominios de la salud y los dominios relacionados con la salud. Para ello, utiliza un sistema alfanumérico en el que las letras b, s, d y e se utilizan para indicar Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales.

En cuanto a actividad y participación, entendiendo a actividad como la realización de una tarea o acción por una persona, y a la participación como el acto de involucrarse en una

situación vital; las limitaciones refieren a las dificultades que una persona puede tener en ambos escenarios. En cuanto a la actividad, las limitaciones se dan en la realización como en el desempeño de las mismas; y en lo que respecta a las restricciones en la participación, las limitaciones son aquellos problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones en su contexto/entorno actual. Este último, incluye los factores ambientales, es decir, aquellos factores del mundo físico, social y actitudinal, que pueden ser codificados en la CIF utilizando el concepto de “Factores Ambientales” y refieren al ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas. La CIF evalúa a través de distintos calificadores, el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio y en un momento dado y se mide en un contexto uniforme o normalizado y, por tanto, refleja la aptitud ambientalmente ajustada del individuo.

Esto es mencionado por las profesionales:

Profesional: “Todo lo que es discapacidad es parte de una alteración funcional, la cual puede ser física o mental y que limita la integración social, laboral, educacional, porque no es la patología en sí, sino el contexto social y las limitaciones que tiene. Por eso en el protocolo del CUD en un principio se pone las secuelas del paciente y luego la etiología, esto se realiza a través del CIE-10 y después ver la parte funcional, que se realiza a través de la CIF (parte funcional corporal, parte de estructuras corporales, actividad y participación y los factores ambientales). Entonces hay un contexto, el paciente, su entorno y las limitaciones o desventajas que tiene en la funcionalidad”.

Profesional: “La función de la Junta no es solo otorgar el CUD, sino apuntar a la integración, le da una mirada al contexto general no solamente la parte física sino también la parte mental y social”.

A partir de todo lo mencionado, es que se lleva a cabo el análisis de los criterios que tienen en cuenta las integrantes de la junta entrevistadas, al momento de otorgar el CUD. Es importante destacar que cada criterio, es acompañado de un juicio profesional y riguroso ante las decisiones tomadas por la Junta Calificadora. Al igual que en el Hospital Córdoba, las normas mencionadas están vigentes para todo el país, y son de carácter ineludible.

Objetivo 3: Caracterizar el abordaje interdisciplinario de la Junta Calificadora de Discapacidad, en personas adultas.

En este apartado se presentan los resultados del análisis que surge de los registros de campo y las entrevistas realizadas a las 5 profesionales que trabajan en la Junta Calificadora de Discapacidad del Hospital Córdoba de manera *interdisciplinaria* los cuales dan cuenta de sus experiencias, perspectivas, y relatos respecto a su función de otorgar el CUD a los solicitantes.

Como se mencionó en apartados previos, la Junta Calificadora de Discapacidad del Hospital Córdoba en cumplimiento de lo establecido por la ley 22.431, está conformada por profesionales de diferentes disciplinas: por una secretaria que se encarga de recepcionar las solicitudes y controlarlas, de otorgarles el turno y pasarlas a evaluación de las profesionales de la Junta. La Junta, a su vez, está integrada por una médica cardióloga que revisa y verifica el diagnóstico; una médica gerontóloga que no solo realiza esta tarea, sino que también aborda cuestiones relacionadas con la necesidad de asistencia y cuidado en el hogar; una trabajadora social que evalúa la situación social del solicitante, es decir, si vive solo o cuenta con asistencia, y ofrece recomendaciones para lugares de atención y actividades recreativas, entre otras. Finalmente, una psicóloga se encarga de leer y verificar los diagnósticos relacionados con la discapacidad mental (22/08/2023).

En un principio, las primeras Juntas de Evaluación y Certificación funcionaban con el objetivo de rehabilitar y normalizar a los pacientes discapacitados, siguiendo el modelo médico hegemónico. En algunos casos, esta práctica se expandió y llegó a ser utilizada en la ciudad de Buenos Aires. Según la autora mencionada en Herrera Venturini & Medina (2017), la supremacía del médico en este contexto se relaciona con el poder que el Estado le concede para establecer la categoría de discapacidad. El modelo médico hegemónico es un enfoque que ha dominado la medicina occidental durante mucho tiempo. Este modelo se centra en la enfermedad como un problema físico o biológico que debe ser diagnosticado y tratado mediante la aplicación de terapias específicas. En este sentido, la discapacidad se entiende como una enfermedad o deficiencia que se debía tratar y rehabilitar para que el individuo pudiera volver a ser "normal" o "productivo" en la sociedad.

Como enfoque alternativo, surge el modelo biopsicosocial de la discapacidad. Este modelo reconoce que la discapacidad es una construcción social y cultural, que depende de la interacción entre la persona con discapacidad y su entorno; es decir, no se concibe a la persona como un sujeto aislado, sino en un sistema interrelacionado (10/06/2022). En lugar de centrarse en el cuerpo y la patología, este enfoque considera múltiples factores, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la discapacidad. A su vez, busca valorar la diversidad, y representa un cambio en las políticas públicas, para permitir la participación plena y el acceso a los derechos de las personas con discapacidad.

Por último, se destaca el énfasis en la inclusión social, en la rehabilitación integral y como el modelo biopsicosocial responde a un marco interdisciplinario, logrando dejar atrás las prácticas médicas dominantes como, por ejemplo, la tendencia a la medicalización e institucionalización.

A partir de esto último, definimos a la interdisciplina como: “una interacción propositiva de conocimientos, destrezas, procesos y conceptos de diferentes campos del conocimiento con perspectivas distintas para ampliar la comprensión y resolución de problemas y el desarrollo cognitivo” (Vickers, 1992, p.3).

Entendiendo que la interdisciplinariedad plantea importantes desafíos a las prácticas profesionales en el campo de la salud, se hace necesario la formación de los recursos humanos que operaran en este campo. En consecuencia, nos preguntamos, ¿Cuáles serían las condiciones para que una experiencia interdisciplinaria sea posible? (Gandolfi y Cortázar, 2006).

Entre las más importantes a tener en cuenta se consideran, una concepción de salud integral, así como un posicionamiento ético- ideológico que abarque las acciones con una perspectiva de derechos humanos en general y especialmente de equidad en el área de salud. No menos importante, es mantener una actitud de respeto hacia las personas y comunidades destinatarias de las acciones, como así también la ubicación del “saber disciplinario” dentro de un contexto de diálogo con otros saberes. Por lo cual, la interdisciplina es considerada no solo un espacio dialógico de encuentro, sino también de conflictos y tensiones tendientes a definir el problema, diseñar la intervención y poner en práctica la misma (Gandolfi y Cortazar, 2006).

La interdisciplina se enfoca en la integración de diferentes disciplinas para superar la fragmentación y duplicidad de funciones en la toma de decisiones. En lugar de abordar las

necesidades de una persona o población de acuerdo a la función de cada especialista, se enfoca en atender dichas necesidades de manera integral y colaborativa. Permite de esta forma una visión más completa y efectiva, evitando decisiones unilaterales y aisladas.

Se hace necesario diferenciar a la interdisciplina de la transdisciplina.

Transdisciplina de manera similar a la interdisciplina se refiere a una forma de organización de conocimientos que trascienden las disciplinas de manera radical, no solo en lo que está entre las mismas, sino en lo que las atraviesa y está más allá de ellas. El pasaje de una a la otra, implica una ampliación y profundización en la integración de diferentes disciplinas y enfoques en la búsqueda de solución de problemas complejos. Implica una comprensión profunda de las múltiples dimensiones de un problema, a través de la colaboración y dialogo de manera holística. En lugar de simplemente integrar diferentes disciplinas, la transdisciplina busca una comprensión más profunda a través de la inclusión de múltiples saberes y la construcción de nuevas formas de conocimiento (Mornin,2019).

“La transdisciplinariedad hace necesaria la conciliación entre el universo interior y el universo exterior, entre experiencia y teoría, entre el sujeto y el objeto” (Pozolli, 2007, p. 10).

Lo anteriormente mencionado se hace visible a partir de un marco legal. Empíricamente, para integrar tales conceptos es necesario hacer una breve reseña sobre las disposiciones para la conformación y el ejercicio de la Junta, y sobre la existencia de leyes que respaldan el ejercicio interdisciplinario en salud mental.

En la junta calificadora, como se mencionó en el primer objetivo, la mayor cantidad de CUD son por discapacidades mentales. Es por ello, que es pertinente que, al hablar de un marco legal, nos enfoquemos en la ley 26.657. La misma establece el Derecho a la Protección de la Salud Mental, y hace mención entre sus capítulos, a la interdisciplina como requisito para el abordaje a personas con discapacidades mentales. En el artículo 8 menciona lo siguiente:

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

A lo largo de las entrevistas, las profesionales hicieron mención a dicha realidad en varias oportunidades.

Agustina: ¿Cómo es la dinámica de trabajo?

Profesional: “(...) *En general se lo recibe, lo vemos, si hay una deficiencia motora por ejemplo la secretaria me lo da a mi, yo puedo llamar al paciente, puedo codificar, puedo pasarlo, pero en general aquellos que tienen una deficiencia visceral en cuanto a lo cardiológico lo ve la médica clínica cardióloga, si es una persona que está geriatrizada lo ve la médica clínica gerontóloga y los mentales en general los veo yo*”.

Profesional: “*Las reuniones de la Junta son los lunes y miércoles de 9 hs hasta el mediodía y atender a las personas que vienen en busca de un CUD, se reúnen una médica, una trabajadora social, una psicóloga, nosotras tenemos la suerte de tener dos médicas, se junta el equipo y se recibe a la persona que viene con la intención de solicitar un CUD. La función de la médica es leer y corroborar el diagnóstico, la psicóloga tiene la facultad de preguntarle a una persona que presenta un diagnóstico de esquizofrenia, por ejemplo, si maneja la plata y yo como trabajadora social tengo la facultad de preguntarle si vive solo, si tiene quien lo asista, solicitarle o aconsejarle que hay lugares donde podría recibir mejor atención, lugares recreativos; esa es la función de la Junta*”.

En base a las respuestas acerca de la dinámica de trabajo, podemos observar que los miembros de la junta dan cuenta de un trabajo que funciona de manera holística, sin tomar cada disciplina como una opinión aislada, sino integrando saberes y construyendo en conjunto conocimientos nuevos en pos del bienestar de la persona. El trabajo inter y transdisciplinario es clave para el funcionamiento de la misma, y permite que tanto los profesionales como quienes solicitan un CUD, trabajen y se encuentren en un ambiente de respeto y diálogo continuo, priorizando las necesidades y expectativas de personas con discapacidad. Al usar enfoques colaborativos, se pueden abordar los diferentes aspectos de la discapacidad de manera integral y considerar las múltiples dimensiones que la misma puede tener. Esto se traduce en atención más efectiva y personalizada, lo cual contribuye a una mejor calidad de vida y promueve a la inclusión plena en igualdad de condiciones.

“La función de la Junta no es solo otorgar el CUD, sino apuntar a la integración, con una mirada al contexto en general, no solamente la parte física sino también la parte mental y social”.

Registro de campo (04/05/2022)

9. CONCLUSIONES:

En este Trabajo Integrador Final se propuso, como objetivo general, analizar el proceso de certificación de discapacidad mental: demanda, evaluación y resolución en una Junta Calificadora de Discapacidad de un Hospital Público en 2022. Cuyas conclusiones se desarrollan a continuación.

Con respecto a los objetivos, en el primer objetivo específico nos encontramos con los resultados del estudio de la prevalencia en diagnósticos otorgados por CUD (n=165). Entre ellos, el 62,5% corresponde a discapacidades múltiples y el 37,5% a discapacidades exclusivamente mentales, lo que constituye nuestro universo de estudio. De estos 48 casos la prevalencia estuvo encabezada por esquizofrenia (n=8).

La Organización Mundial de la Salud describe la esquizofrenia como un trastorno mental grave que afecta a aproximadamente 24 millones de personas en todo el mundo, lo que equivale a una de cada 300 personas. Es sorprendente que, entre los certificados únicos de discapacidad otorgados, la esquizofrenia sea la discapacidad mental prevalente a pesar de que otras discapacidades mentales son más comunes. Este resultado inesperado sugiere la necesidad de un estudio más profundo para explicar si se trata de un fenómeno particular en una junta en un momento determinado, o si se trata de un nuevo fenómeno relacionado con factores ambientales y psicosociales, como el impacto del aislamiento social obligatorio impuesto por la pandemia y el aumento del consumo/abuso de sustancias, que podrían haber actuado como factores desencadenantes en personas con una predisposición genética.

Respecto al análisis de los criterios que tienen en cuenta las diferentes integrantes de la Junta Calificadora de Discapacidad para la toma de decisión a la hora de otorgar un Certificado Único de Discapacidad a personas adultas, se puede resaltar la rigurosidad en el cumplimiento de las normativas vigentes para la certificación por parte de todo el equipo de la Junta; y el trabajo interdisciplinario respecto a la inter y transdisciplinariedad, en relación a las decisiones a tomar para cada caso en particular.

Resulta importante tener en cuenta que el proceso de entrega del CUD en la Junta Calificadora de Córdoba no se limita únicamente a la evaluación, sino que también implica proporcionar una adecuada orientación prestacional. Esto incluye llevar a cabo pasos que

pueden resumirse en la elaboración del perfil de funcionamiento de la persona, determinando si existe o no una discapacidad en función de las secuelas que afectan su vida cotidiana y que abarcan tanto su desempeño individual como sus interacciones con los demás. Este proceso se caracteriza por ser integral, complejo e interdisciplinario, en concordancia con el modelo biopsicosocial. En consecuencia, se busca brindar una respuesta que considere todas las dimensiones de la persona y su entorno, asegurando así una adecuada atención y apoyo en relación a sus necesidades específicas.

Lo anterior se ve reflejado en el tercer objetivo, que refiere al abordaje interdisciplinario de la Junta Calificadora, observamos que los integrantes de la junta operan de manera integral, evitando abordar cada disciplina de manera aislada, y en cambio, integrando diferentes conocimientos para crear soluciones que mejoren la calidad de vida de la persona. Se trabajó con los registros de campo y con los datos obtenidos en las entrevistas, que permitieron un acercamiento objetivo a los procesos y prácticas de la Junta Calificadora de Discapacidad. Se evidenció la importancia de la interdisciplinariedad en la atención de las personas con discapacidad; de esta forma, este trabajo aporta a la comprensión de la importancia del otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad y de la labor de la Junta Calificadora en la inclusión de personas con discapacidad en la sociedad.

Es importante destacar que el otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad es un proceso crucial en la vida de las personas con discapacidad, ya que puede determinar el acceso a servicios y beneficios necesarios para su bienestar y calidad de vida. Por lo tanto, comprender cómo funciona este proceso en la Junta Calificadora de Discapacidad de Córdoba es fundamental para garantizar que se tomen decisiones justas y equitativas.

En relación a futuras posibles investigaciones al respecto, se sugiere profundizar en la evaluación de los criterios utilizados por la Junta Calificadora de Discapacidad de otras provincias y compararlas con las de Córdoba, para tener una visión más amplia y completa del proceso de otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad a nivel nacional.

Repensar las ideas relacionadas a la discapacidad resulta un tema crucial en la actualidad, y se ha producido un cambio importante en el enfoque que se le da a esta temática. El modelo médico tradicional, que considera a la discapacidad como una deficiencia o enfermedad, ha sido reemplazado por el paradigma biopsicosocial, que reconoce que la

discapacidad es una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Esta perspectiva más amplia es fundamental para entender la discapacidad de manera integral, abordando no sólo las limitaciones funcionales, sino también las barreras sociales y culturales que las personas con discapacidad enfrentan en su vida diaria.

En este sentido, la inclusión es un concepto clave, ya que implica garantizar que las personas con discapacidad tengan los mismos derechos y oportunidades que cualquier otra persona en la sociedad. Esto implica no solo adaptar el entorno físico, sino también crear una cultura inclusiva y eliminar las barreras sociales y actitudinales que pueden impedir la participación plena y efectiva de dichas personas en la sociedad. En línea con estos principios, se han introducido novedades y mejoras en el proceso de certificación del CUD, tal como se ha comunicado en el Boletín Oficial. Entre estos cambios, destaca la eliminación del vencimiento del CUD, lo que refleja un enfoque más proactivo del Estado en el acompañamiento de las personas con discapacidad a lo largo de toda su vida. Además, se promoverá la implementación de innovaciones tecnológicas que simplificarán, desburocratarán y agilizarán los trámites relacionados con la certificación. Estas medidas buscan reforzar la visión inclusiva y garantizar que las personas con discapacidad puedan ejercer plenamente sus derechos en la sociedad, recibiendo el apoyo y la atención necesaria en todas las etapas de su vida. Argentina. (2023, 06 de marzo). Resolución N° 322/23.ANDIS.

Por otro lado, la transdisciplina se presenta como una herramienta esencial para abordar la complejidad de la discapacidad, ya que permite una aproximación colaborativa, holística e integrada, con la participación de diversos actores y disciplinas. La discapacidad, por su naturaleza multidimensional, requiere de un enfoque que supere las barreras disciplinarias y permita una visión integral del problema; de esta forma, abordar temas no solo como la entrega de CUD, sino también relacionados a ambientes laborales, educacionales, e incluso la accesibilidad física y tecnológica, entre otros aspectos, se vuelve fundamental para asegurar una inclusión efectiva.

Cualquier análisis acerca de la discapacidad debe considerar no sólo las limitaciones funcionales de las personas, sino también las barreras sociales y culturales que enfrentan. El enfoque biopsicosocial, la inclusión y la transdisciplina son fundamentales para comprender la complejidad de este tema y para garantizar que las personas con discapacidad tengan los mismos derechos y oportunidades.

Es importante tener en cuenta que la discapacidad no es una característica inherente de las personas, sino que es el resultado de la interacción entre las limitaciones y las barreras del entorno. Por lo tanto, es fundamental que la sociedad en su conjunto se comprometa a eliminar estas barreras y promover la inclusión plena y efectiva. En este sentido, el proceso de otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad debe ser visto como una herramienta para garantizar la igualdad de oportunidades y la protección de los derechos de las personas con discapacidad.

La entrega de CUD es solo uno de los aspectos a considerar cuando hablamos de inclusión. Es necesario abordar la discapacidad desde una perspectiva integral y transdisciplinaria, que contemple aspectos médicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales, y que promueva la inclusión y el reconocimiento de la diversidad; y de esta forma construir una sociedad más justa e inclusiva para todas las personas.

10. REFERENCIAS

- Agencia Nacional de Discapacidad [ANDIS] (s.f). *Nueva Ley de discapacidad*. Argentina.gob.ar. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/03/andis_-_nueva_ley_de_discapacidad_texto_plano.pdf
- Alfaro Mardones, J. I. (2017). *La transdisciplinariedad como herramienta de Desarrollo Humano, Organizativo y Relevo Generacional desde la Unión de Campesinos Organizados de San Dionisio (UCOSD) y de extensión universitaria desde la UNAN-Managua* [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua] <https://repositorio.unan.edu.ni/8270/1/6769.pdf>
- Anuario Estadístico del Registro Nacional de Personas con Discapacidad [ANDIS] (2020) https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/02/andis._anuario_estadistico_del_registro_nacional_de_personas_con_discapacidad._ano_2019_-_2020.pdf
- Alfaro, L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 63-74.
- Benavidez, E. y Vall, A.E. (2010, noviembre 30). *Discapacidad en Argentina*. <http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Discapacidad%20Benavidez.pdf>
- BOLETIN OFICIAL REPUBLICA ARGENTINA - AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD - Decreto 498/83 del 1/3/83. Gob.ar. Recuperado el 22 de mayo de 2023, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/37435/norma.htm>
- BOLETIN OFICIAL REPUBLICA ARGENTINA - AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD - Decreto 698/2017. (s/f). Gob.ar. Recuperado el 22 de mayo de 2023, de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/170159/20170906>
- BOLETIN OFICIAL REPUBLICA ARGENTINA - RÉGIMEN DE PROMOCIÓN NO INDUSTRIAL - Decreto 69/2018. (s/f). Gob.ar. Recuperado el 22 de mayo de 2023, de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/177917/20180124>
- BOLETIN OFICIAL REPUBLICA ARGENTINA - AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD - Decreto 160/2018. (s/f). Gob.ar. Recuperado el 22 de mayo de 2023, de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/179398/20180228>
- Buendía, J. (1991). *Psicología clínica y salud: desarrollos actuales*. EDITUM.
- Buendía, J. (1999). *Psicología Clínica: perspectivas actuales*. Ediciones Pirámide.
- Baralle, C. (2010) *Historia del Servicio de Salud Mental en el Hospital Córdoba*.

- Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud -OMS- (2001).
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina [Fe.P.R. A]. 30 de noviembre de 2013. 10 de abril de 1999 (Argentina).
- Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2016).
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, [CDPCD] (13 de diciembre de 2006). ONU. Nueva York.
- De Psicólogos, F. E. D. A. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Esquivel, M. L y Figari, C. (2005). El Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad. En Fundación Par. *La discapacidad en Argentina. Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes a 2015*, 223-245.
- Fernández, T. M. (2010). La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Fuentes, P. (2014). *Discapacidad en la Republica Argentina. Aspectos Normativos* [Tesis de Posgrado, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud]. <https://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH011a/0e66bead.dir/TFI%20Fuentes%20Patricia.pdf>
- Gandolfi, A. y Cortazar, M. (2006). *El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud*. <https://docs.google.com/file/d/0B0dPFenW8ezWNzY2Y2YyYWIWtZWYwZS00NjA2LTgxNDYtYTA0MzRiODMwMmQy/view?resourcekey=0-90cd1-AdFpG4NwJf-uxfwg>
- Garfield, S. L. (1974). *Psicología Clínica*. El Manual Moderno.
- Gil, I. (2018). *¿Qué es la discapacidad? Evolución histórica y cultural*. Fundación Adecco.
- Guber, R., (2004). *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- Haz M, Díaz V, Raglianti H. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Revista Terapia Psicológica*, 20(137), 23- 28.
- Herrera, L. y Medina, C. (2017). *La participación del psicólogo en la Junta Evaluadora de Discapacidad* [Tesis de grado no publicada].
- Jara Holiday, O. (2011). La sistematización de experiencias, aspectos teóricos y metodológicos. *Revista Matinal* (4 y 5). 67-74. https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_testimonios1.pdf

- Jara, O. (2013). *Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias*.
- Lagache, D. (1982). *Psicología Clínica y método clínico*. Paidós.
- Ley N.ª 7.106. *Disposiciones para el ejercicio de la psicología*. (21 de septiembre de 1984). Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Ley N.ª 9848. *Protección de la Salud Mental Provincial*. (28 de octubre de 2010). Boletín Oficial de la de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Ley N.ª 19.279. *Reglamentación del Régimen de Adquisición de Automotores Extranjeros*. (04 de octubre de 1971). Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Ley N.ª 22.431. *Sistema de protección integral de los discapacitados*. (16 de marzo de 1981). Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Ley N.ª 24.901. *Prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral de las personas con discapacidad*. (5 de noviembre de 1997). Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Ley N.ª 25.280. *Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*. (6 de julio del 2000). Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Ley N.ª 25.504. *Sistema de Protección Integral de los Discapacitados*. (14 de noviembre de 2001). Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Ley N.ª 26.378. *Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo*. (21 de mayo de 2008). Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Ley N.ª 26.529. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. (19 de noviembre de 2009). Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Ley N.ª 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. (2 de diciembre de 2010). Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Ley N.ª 27.044. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. (19 de noviembre de 2014). Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (1998) *Norma técnica para la organización de una red de servicios de salud mental y psiquiatría*. Documento Ministerio de Salud, Chile.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. (2011). *“Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad”*
- Ministerio de Salud de la Nación (2009). *Sistema de Protección Integral Personas con*

- Discapacidad: Modelo Único de Discapacidad y El Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad.* (12 de mayo de 2009).
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-675-2009-153565>
- Ministerio de Salud de la Nación [MINSAL] (2017). *Generalidades del Certificado Único de Discapacidad (CUD), Solicitud y protocolo. Acta Salud Mental. Orientación prestacional. Caso clínico.*
https://drive.google.com/file/d/0B_EMFcyDq85uU3I0WWRueVFPU0U/view?ts=630ffcce&resourcekey=0-X7Vpaw406kmM2E3EgnCirw
- Ministerio de Salud de la Nación [MINSAL] (2017). *Normativas para la Certificación de Personas con Discapacidad.*
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2017%20Nivel%20II-%20Normativas%20actualizadas%202017%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2017%20Nivel%20II-%20Normativas%20actualizadas%202017%20(3).pdf)
- Mornin, E. (2019). *¿Qué es Transdisciplinariedad?* Multiversidad.
<https://www.edgarmorinmultiversidad.org/index.php/que-es-transdisciplinariedad.html>
- Navarro, M. (2015). *La certificación de la discapacidad en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.* [Trabajo de Especialización no publicado, Universidad de Buenos Aires].
- Padilla Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law. Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381-414.
- Pellanda, R., Garibotti, J., Ludicello, P., Juaneda, J., Quintana, R. (Comisión de redacción) (2001). *Historia del Hospital Córdoba. Año 1950-2000. 50° Aniversario.* Lumen.
- Peralta, M. (2014). *“Institucionalización y Familia ¿Vulneración de derechos legitimada?”* [Tesis, Universidad Nacional de Cuyo], Archivo digital.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23. ed., [versión 23.6 en línea]. <<https://dle.rae.es/>> [22/04/2023].
- Resolución N° 558 de 2016 [Ministerio de Salud de Argentina]. Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad. Modificación. 02 de mayo de 2016.
- Resolución N° 322 de 2023 [ANDIS]. Boletín Oficial N° 45678. Recuperado de <http://www.boletinoficial.gov.ar/boletin>
- Salud, O. M. (2001). *Convención Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).*
- Strauss, A. L. y Sales, A. (2010). Bridging the gap between disability studies and disability services in higher education: A model center on disability. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 23(1), 79-84.

- Taverna, A. (2016). *La persona con discapacidad en la República Argentina* [Trabajo de Graduación, Universidad de San Andrés], Archivo digital.
- Uribe, A. (2016). *Reseña sobre el perfil del Hospital Córdoba*. <http://hospitalcordoba.com.ar/hospital>
- Valencia, L. A. (2014). *Breve historia de las personas con discapacidad: de la Oposición de la Lucha por sus derechos*. <https://www.rebellion.org/docs/192745.pdf>
- Vallejos, I. (2012). *Entre focalización y universalidad de las políticas en discapacidad: el enfoque de derechos*. En Almeida, M. E. & Angelino, M. A. (Comp.). Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina. Paraná: Facultad de trabajos sociales, Universidad Nacional Entre Ríos.
- Vázquez, J. L, Herrera, S., Ramos, A., y Gaité, L. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura. *Papeles Médicos*, 10(4), 177-184.
- Yuni, J. A., Urbano, C. A., (2006) *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Brujas.