

Barrios, Martina

**Intervenciones realizadas
por profesionales en un
centro de día para personas
con discapacidad de la
ciudad de Córdoba**

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

Directora: Jorge, Elizabeth

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 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



Universidad Católica de Córdoba

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL – Modalidad Sistematización de Prácticas

“Intervenciones realizadas por profesionales en un centro de día para personas con discapacidad de la ciudad de Córdoba.”

Autora: Martina Barrios

Directora: Mgter. Elizabeth Jorge

2023

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Católica de Córdoba. A sus directivos, profesionales y administrativos que, desde su rol, han contribuido a impartir una educación de excelencia sobre valores íntegros.

A la Magister Elizabeth Jorge, mi directora de tesis. A ella le agradezco por acompañar con paciencia, compromiso y profesionalismo el transcurso de la práctica. Por su predisposición, su excelencia académica y atención al detalle durante la construcción del Trabajo Integrador Final. A la Dra. Griselda Cardozo y la Esp. Ana Silvia González, quienes han sabido surfear los avatares de la pandemia al acompañarnos durante las prácticas pre-profesionales.

Agradezco al Centro de Día Kruppal. A sus directivos Carolina Goldman y Santiago Maine, por abrirme las puertas de la institución para realizar las prácticas pre-profesionales. A la Licenciada Florencia Rovai, quien ha sabido acompañar con mucha dedicación mi paso por la institución.

A mi familia y a mis amigos, por ser pilar fundamental de éste y todos los logros. Por confiar en mí y enseñarme a hacerlo. Por acompañar de cerca, instar al desafío y enseñar sobre perseverancia.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE DE SIGLAS	5
INTRODUCCIÓN	6
CONTEXTO DE PRÁCTICA	8
CONTEXTO INSTTIUCIONAL	13
EJE DE SISTEMATIZACIÓN	18
OBJETIVOS	20
Objetivos Generales	21
Objetivos Específicos.....	21
PERPSECTIVA TEÓRICA.....	22
Profesionales e Intervenciones.....	23
Centro de Día para Personas con Discapacidad.....	26
MODALIDAD DE TRABAJO.....	30
Caracterización de los Sujetos	31
Técnicas para Recolectar Información.....	31
Consideraciones Éticas	32
ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	34
Recuperación del Proceso Vivido	35
Análisis y Síntesis	49
Discapacidad: Sus Alcances.....	49
La Influencia del Diagnóstico en el Planteo de Intervenciones	56
Finalidad de las Intervenciones.....	66
El Abordaje Virtual.....	75
CONCLUSIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	92

ÍNDICE DE SIGLAS

AT: Acompañante Terapéutico

AVD: Actividades de la Vida Diaria

CUD: Certificado Único de Discapacidad

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.

FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina.

PRODE: Pronóstico Deportivo

OMS: Organización Mundial de la Salud.

TS: Trabajadora Social

INTRODUCCIÓN

Este escrito presenta el Trabajo Integrador Final de las Prácticas Profesionales Supervisadas de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba. La experiencia se llevó a cabo dentro del contexto clínico de la Psicología. Específicamente, en un centro de día para personas con discapacidad de la Ciudad de Córdoba, de mayo a noviembre del año 2021.

En los siguientes apartados, se describe el contexto clínico de manera general. Consecuentemente, se presenta el contexto de la institución donde se desarrolló la práctica, Centro de Día Kruppel, ubicado en la zona norte de la Ciudad de Córdoba. Se explicita su historia, organización y visión. Luego se indica el eje de sistematización. Este es *caracterizar las intervenciones realizadas por profesionales en un centro de día para personas con discapacidad de la ciudad de Córdoba*. A tal eje, acompañan los objetivos tanto generales como específicos que se pretenden alcanzar. Para tal fin, se presenta la perspectiva teórica donde se explicitan y desarrollan los conceptos centrales planteados. Posteriormente, se describe la modalidad de trabajo elegida para alcanzar tales objetivos. Junto a ella, el lector encontrará expuestas las consideraciones éticas tenidas en cuenta durante la práctica y la elaboración del presente trabajo.

Además, se encontrará desarrollado el análisis de la experiencia, que incluye la recuperación del proceso vivido así como el análisis de lo acontecido en una articulación teórico-práctica. Por último, se presentan las consideraciones finales a las que se ha podido arribar tras el análisis previamente realizado en función de los objetivos planteados.

CONTEXTO DE PRÁCTICA

La Psicología Clínica puede definirse como una disciplina científico-profesional cuyo objetivo es la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito del padecimiento psíquico¹ (EFPA, 2003, p. 1). Los y las² profesionales de la psicología clínica podrán ejercer sus funciones tanto en el ámbito público como privado, tanto de manera individual como integrando equipos interdisciplinarios.

Si bien la Psicología per se data de fines del siglo XIX, la Psicología Clínica como campo profesional surge específicamente en 1896 de la mano de Lighner Witmer. Él es quien funda la primera clínica, llamada Psicología Clínica, en la Universidad de Pennsylvania (Juárez, 2016, p. 27). La psicología clínica adquiere el título de disciplina recién en 1945, mismo año en que se construye el primer Código de Ética para los Psicólogos Clínicos.

La psicología clínica se definirá por su objeto, sus metas y sus medios (Lagache, 1982). En términos de objeto, este campo implica el estudio del sujeto en situación, portador de un conflicto, sus modalidades de enfrentamiento y resolución de esta situación en contexto.

Las funciones o metas del psicólogo clínico incluyen el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad, a la par de la promoción de salud. Esta última se entiende por la prevención primaria o preservación de salud, la conservación y la recuperación de salud mental de las personas. Así también, el psicólogo clínico estará habilitado para el asesoramiento, la enseñanza y la investigación de la ciencia que profesa.

Respecto a los medios, el psicólogo clínico procederá según el método clínico, que le facilitará la elaboración de un diagnóstico a partir de diversas técnicas. Es decir, procedimientos

¹ El texto original (EFPA, 2003) indica “trastornos psicológicos o mentales”. Se propone el término “padecimiento psíquico” en aras al cumplimiento de lo propuesto por la nueva Ley de Salud Mental 26657.

² A partir de aquí se usará el masculino como referencia general de todos los géneros, a los fines de facilitar la lectura. Sólo se usarán artículos los/las para diferenciar el género del sujeto referido.

de recolección de datos (Ulloa, 1970). La herramienta por excelencia del psicólogo clínico será la entrevista. Esta última variará en su formato según la elección del profesional, inmerso en una corriente teórica que implementa un método clínico acorde a ésta última. Además, los psicólogos podrán valerse de herramientas proyectivas y psicométricas, evaluaciones neuropsicológicas y el juego, entre otros medios. Éstos colaborarán en la construcción de un diagnóstico que será sólo un escalón hacia el planeamiento de intervenciones eficaces para la resolución del padecer que se trae a consulta. El ejercicio de la Psicología Clínica podrá encontrarse en diferentes instituciones. Podrán ser Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole, así como en la práctica privada. (Ley 7106, 1984)

Interesa relevar la trascendencia de las normativas asociadas al ejercicio profesional del psicólogo. Éste se encuentra regulado por la ley 23.227 de Ejercicio Profesional de la Psicología, promulgada en 1985 a manos de la FePRA. Esta ley define el campo de la profesión en términos de “diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad, y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las personas” (Salomone, 2008, p. 2).

En Córdoba específicamente, el ejercicio de la Psicología Clínica se encuentra amparado por la Ley 7106, promulgada en 1984. A su vez, el psicólogo deberá cumplimentar con el Código de Ética que lo regula; a la par de salvaguardar los derechos del paciente, contemplados en la Ley 26.529 promulgada en el año 2009, “Derecho al paciente en relación con los profesionales e instituciones de la salud.”

El paradigma actual sostiene una perspectiva de derechos en torno a la salud mental, contemplada en la Nueva Ley de Salud Mental, Ley 26.657. Ésta propone un enfoque de

promoción de salud, que implica, a su vez, la prevención en sus tres niveles. Tal fin se llevará a cabo a manos de equipos interdisciplinarios que aboguen por la salud mental de los sujetos. Esta se entiende como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, Artículo 3). El primer nivel preventivo se propone disminuir la aparición de padecimiento psíquico a través de recursos simbólicos propuestos a nivel comunitario. La prevención secundaria, por su parte, intenta disminuir la duración de las dificultades que no han podido evitarse. La prevención terciaria, por último, implica evitar el deterioro originado por las problemáticas a nivel individual.

Vale mencionar que la situación de pandemia por COVID-19 ha desafiado al ejercicio profesional tanto en lo referido a lo técnico como a lo subjetivo. Frente a la realidad mundial por pandemia COVID-19, la Junta Ejecutiva de la Federación Profesional de Psicólogos de la República Argentina (2020) recomienda “que los y las colegas, siempre en el marco de una concepción ética del ejercicio profesional, evalúen alternativas a lo presencial que permitan la continuidad de los tratamientos.” Es así como se apeló al uso de las nuevas tecnologías como metodología de acceso a la comunicación virtual con los pacientes. Se propuso que ésta se lleve a cabo a través de plataformas de videollamada o llamadas telefónicas hasta se rehabilitara la práctica presencial, lo cual sucedió en marzo del mismo año.

Es imprescindible mencionar algunas de las dificultades a las que tienen que enfrentarse los profesionales que aún sostienen la práctica virtual. Por un lado, serán centrales los conflictos con el uso de la tecnología por desconocimiento o problemas de conexión a internet. Además, la falta de privacidad tanto por parte del terapeuta y/o del paciente es un eje problemático crucial,

en tanto la confidencialidad es derecho y normativa en el ejercicio profesional de la psicología.
(Ley 23277, 1985, Artículo 8)

Los psicólogos clínicos y psiquiatras entrenados en psicoterapia son profesionales, expertos en proporcionar intervenciones eficaces para una serie de problemas de salud mental. Un terapeuta puede ayudar a manejar el estrés y la ansiedad utilizando su experiencia y técnicas basadas en las mejores investigaciones disponibles. (Guzmán, 2020) Es así que, insertos en un contexto de crisis, será tarea y desafío de los profesionales de salud mental brindar soporte emocional a los sujetos que así lo requieran, intentando sobrellevar las limitaciones que el aislamiento social supone.

CONTEXTO INSTTIUCIONAL

El Centro de Día Kruppall es un centro médico privado ubicado en Manuel Pizarro 2055, Córdoba Capital. Inaugurado en 2018, a manos de dos médicos psiquiatras, tiene por misión la asistencia integral para personas con discapacidad. La institución define su misión en el siguiente resumen: “Trabajamos en equipo para mejorar la calidad de vida y alcanzar el mayor desarrollo de las potencialidades de adultos asistentes al centro, promoviendo la realización de actividades que favorezcan la autonomía personal, autoestima e integración social”.

Kruppall trabaja con sujetos con discapacidad física, sensorial e intelectual, además de recibir como concurrentes a sujetos con diagnósticos psicopatológicos. Se apunta al trabajo en equipo. Se valora y prioriza el trabajo interdisciplinario en vistas al enriquecimiento en la oferta de acompañamiento que se propone a los concurrentes.

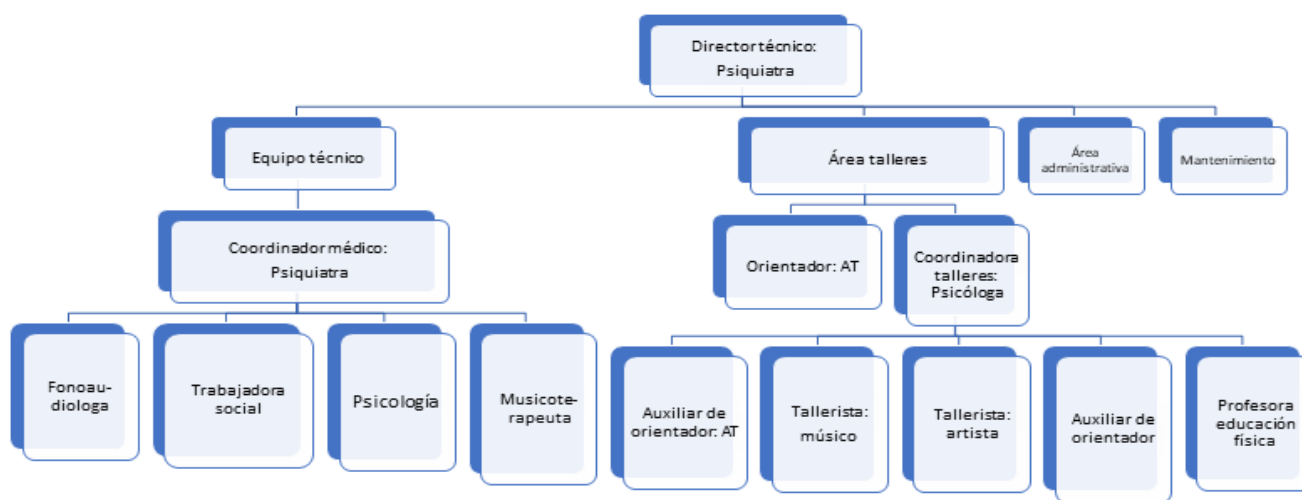
Tal y como refiere la Figura 1, la directora técnica de la institución es una médica psiquiatra cofundadora de la institución junto con el coordinador médico, jefe del equipo técnico. Ambos se encargan de tomar decisiones respecto a los aspectos técnicos de la institución: decidir sobre actividades, organizar reuniones con el resto del equipo. De su dirección se derivarán el equipo técnico por un lado, a la par de otras tres áreas clave para Kruppall: el área talleres, área administrativa y área de mantenimiento.

El equipo técnico se compone de una Licenciada en Fonoaudiología, una trabajadora social, un musicoterapeuta y una Licenciada en Psicología. La primera apunta al trabajo con aquellos concurrentes que presentan dificultades respecto al uso del lenguaje. La segunda se encarga de velar por la seguridad y el bienestar en lo que respecta a los concurrentes insertos en un grupo familiar y/o social. Especialmente en cuarentena, se encarga de visitarlos en sus hogares para brindar soporte en los conflictos que podrían derivarse de la imposibilidad de

recibir los sujetos con discapacidad en el centro. Por otro lado, el musicoterapeuta utiliza la música como estrategia terapéutica para el trabajo con los concurrentes tanto en lo grupal como en lo individual. La psicóloga apunta al trabajo grupal y el acompañamiento generalizado de los concurrentes.

Figura 1

Organigrama de la Institución “Centro de Día Kruppal”



Fuente: elaboración personal a partir de comunicación personal con la institución

Nota. El gráfico muestra el organigrama de la institución en sentido jerárquico. AT es la abreviación para acompañante terapéutico.

Por su carácter privado, la institución tiene convenio con determinadas obras sociales y prepagas por las cuales los sujetos pueden acceder a los servicios del centro de día de modo gratuito. Se espera desde Kruppal que los sujetos que sean admitidos puedan consentir un trabajo grupal, poseer recursos para el manejo de la agresividad, además del uso de ciertos recursos simbólicos que le permitan la comunicación mediante el lenguaje con los demás concurrentes y el equipo.

El área de talleres está liderada por un acompañante terapéutico (en adelante AT) y una psicóloga, misma miembro del equipo técnico. El AT cumple el rol de orientador de sala, y su trabajo consiste en acompañar los espacios que se propongan para cada jornada en Kruppall. Además, será su tarea la implementación de un taller de la vida diaria, en la que se estimula a los concurrentes al aprendizaje y perfeccionamiento de las actividades que competen al día a día como la higiene personal, el manejo de dinero, la autonomía para la circulación.

La psicóloga, por su parte, tendrá por rol la coordinación de los talleres que se brindarán durante la semana y estimular la participación de los concurrentes a estos espacios. Para ello, contará con un equipo de profesionales dispuestos a la implementación de talleres desde diferentes áreas creativas. Por un lado, podemos encontrar un músico que brindará un taller de música. También existen talleres de artes plásticas y de educación física, llevados a cabo por profesionales en esas áreas. El auxiliar de orientador tiene por rol no sólo responder a su cargo a través de incluir lo psi en lo recreativo de la actividad, sino también el taller de teatro, respondiendo a su profesión. La otra de las auxiliares de orientador es diseñadora industrial y acompañante terapéutica, y tiene por tarea el taller de cocina. La impronta del trabajo clínico con los sujetos con discapacidad que asisten a la institución es de carácter psicoanalítico con corriente lacaniana.

Podemos encontrar también el área de mantenimiento, cuyo líder se encarga de sostener la institución en lo técnico, colaborando con resolver complicaciones de electricidad, amoblamiento. El área administrativa, por último, está a cargo de una secretaria que se encarga de mantener los informes, convenios y aseguradoras en pie para que los concurrentes puedan recibir los servicios y la institución, prestarlos.

La institución pretende promover el desarrollo integral de los concurrentes. Es por ello que propone una gran variedad de talleres: por un lado, se estimula la creatividad mediante talleres de música, teatro, artes plásticas. También se promueve el desarrollo de las capacidades cognitivas en el taller de memoria; además de existir talleres de intercambio de ideas donde se invita a un concurrente a exponer una temática de su interés. El taller de actividad de la vida diaria también tiene por fin la adquisición de herramientas para la construcción de la autonomía.

EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Intervenciones realizadas por profesionales en un centro de día para personas con discapacidad de la ciudad de Córdoba.

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Caracterizar las intervenciones realizadas por profesionales en un centro de día para personas con discapacidad de la ciudad de Córdoba.

Objetivos Específicos

- Indagar el alcance del concepto de discapacidad en el planteo de intervenciones en un centro de día para personas con discapacidad.
- Describir la influencia del diagnóstico en el planteo de intervenciones.
- Describir las finalidades de las intervenciones.
- Analizar las fluctuaciones en el planteo de intervenciones a partir del inicio del abordaje virtual.

PERPSECTIVA TEÓRICA

En el siguiente apartado, el lector encontrará expuestos los conceptos centrales que dan cuerpo al eje de sistematización, objetivo general y específicos. Desde una perspectiva teórica, se pretende desarrollar el concepto de intervención. Cómo estas son ideadas e implementadas por profesionales en un marco contextual específico, el centro de día para personas con discapacidad.

Profesionales e Intervenciones

Previo a la admisión de los sujetos en los centros de día, los profesionales harán uso de lo que es llamado entrevista de admisión. Esta refiere al primer encuentro entre el paciente y la institución, donde se recauda información sobre el motivo de consulta y datos de filiación. A la par, se busca elaborar un diagnóstico presuntivo que determine la correspondencia del paciente a un tipo de tratamiento determinado. (Rubistein, 2017, como se citó en Soave y Juaneu, 2018)

Frente al diagnóstico, Lillo (2014), recomienda “dar salidas, soluciones y orientaciones precisas que van desde cómo pueden colaborar los padres o tutores, cuál será su abordaje terapéutico y sus objetivos, hasta las Instituciones, redes y apoyos legales que podrán encontrar.” (p. 374). Así, entiende al usualmente llamado paciente no como tal, sino como actuante, en tanto ambos actores sostienen un vínculo de corresponsabilidad respecto a las intervenciones.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010, art. 8) promueve la configuración de equipos interdisciplinarios para la atención en salud mental. Éstos estarán compuestos, en los centros de día, por profesionales de la psicología, psiquiatría, trabajo social, acompañantes terapéuticos, entre otros. Importa relevar que con interdisciplinariedad se entiende no a la yuxtaposición de saberes aislados, sino a la puesta en común, la búsqueda del punto de intersección entre los saberes específicos. (Menéndez Osorio, 1998). Tal y como mencionan Abel et. al. (2001), “Un equipo cohesionado y competente, con claridad en sus roles, tendrá una

actitud y un enfrentamiento más seguro y confiado frente a la persona con discapacidad y podrá ser un adecuado agente de cambio.” (p. 17).

A su vez, el artículo 7 de la ley anteriormente mencionada, dictamina el derecho al usuario de salud mental a recibir información y tomar decisiones sobre su tratamiento. Tal efecto se dará en virtud de la medida de sus posibilidades y del reconocimiento que se le otorga como sujeto de derecho. Así, relevará para los profesionales la capacitación actualizada sobre el padecimiento psíquico que aqueja a los usuarios, a los fines de colaborar con el acercamiento de la información necesaria de manera accesible según el caso.

Se sostiene que la autonomía es uno de los objetivos que un centro de día busca para sus usuarios. Por consiguiente, será central que los profesionales trabajen por correrse del lugar del saber, a los fines de hacer lugar también al saber del sujeto y las particularidades de su padecimiento. (Perrotta, 2014)

El profesional de psicología miembro del centro de día debe estar dispuesto a apuntalar al paciente desde la escucha, y su presencia en el escenario de la intervención estará mediada por intervenciones acotadas aunque constantes. (Molina, s/f) Tal y como indica Durán Maseda et. al (2013), “los procesos de rehabilitación y reinserción social de los individuos con trastorno mental severo suponen la puesta en marcha de una compleja red de recursos sociales, que debe además adaptarse de forma individualizada a las necesidades particulares de cada uno de los usuarios” (p. 23)

Entre los mencionados recursos, los centros de día hacen uso reiterado del taller como instancia para la promoción de salud. Esta, dice Lago (2013, p. 10), supondrá orientarse a propiciar recursos simbólicos para sortear el padecimiento psíquico. Es entonces el tallerista quien, en articulación teórico - práctica de los saberes adquiridos, buscará vehicular los

recursos necesarios para la conformación, restauración o reparación del lazo social que se ve impedido por el padecimiento psíquico en condiciones de discapacidad.

Se llama lazo social a la ficción eficaz de discurso que hace que un conjunto de individuos constituya una sociedad. Y a la vez, a la ficción social que instituye los individuos como miembros de esa sociedad. (Lewkowicz, 2006, como se citó en Baglivo, 2010). Aquel lazo social, deteriorado por el padecimiento psíquico, tendrá su reforzamiento en el taller como espacio de intermediación cultural, pensando ésta última como inherente a todo sujeto. Según Hernández Díaz et. al (2013, p. 45), el tallerista hará uso de su saber en disciplinas comunicacionales, artísticas o deportivas. Así mismo, las pondrá al servicio de los usuarios del centro mediante técnicas grupales, indispensables en este tipo de institución. Éstas, según Perrotta (2014) apuntan a hacer circular el deseo. Buscan que la mixtura entre la exposición pública de las producciones más el trabajo individual otorgue al sujeto autoestima, sentido de pertenencia y autonomía, que le permita desplegar ese saber en la sociedad. “El trabajo en grupo y colaborativo es una estrategia de aprendizaje que favorece la motivación, la participación y facilita la construcción del aprendizaje significativo”. (Hernández Díaz et. al, 2014, p. 42)

Los talleres creativos en artes plásticas, teatro, radio o música, son ejemplos de herramientas de las que se vale el centro de día en su espacio de taller para la promoción de la salud. “El proceso creativo permite una transformación tanto en la subjetividad como en la intersubjetividad que favorece la autonomía tanto individual como grupal.” (Ríos Bustos, 2011, p. 78)

Entonces, tal y como menciona Verdejo Nuño (2011), el taller es un instrumento simbólico al servicio del sujeto; que es sostenido por el adulto que quiere crearlo. Es desde su deseo que toma a cargo la actividad y se inscribe como uno más en la red de un trabajo orientado por ofrecer los lugares donde el sujeto pueda construirse. Un montaje que se sostiene

en una programación, pero que no se fundamenta desde ella. Si bien se sirve del encuadre de la programación, busca la invención particular de cada sujeto para encontrar un lugar en la existencia humana. (p. 17-18)

A partir de los aportes de Cifre Cariillo et. al (2020) interesa relevar los efectos de la virtualidad en el trabajo de los centros de día. Los centros de día temen caer en la unidireccionalidad de sus propuestas durante la virtualidad. Entonces, se sugiere como condición de intervención, aportar tiempos, vínculos, proceso, grupo, pues allí donde el tiempo y el espacio aparecen suspendidos hace falta la transferencia y el vínculo que dan sentido y encuadre a ese “hacer” junto con otros. (p. 81)

Los autores registran una serie de complicaciones a las intervenciones mediadas por la distancia y la virtualidad. Como menciona Núñez (2003, p. 135), la discapacidad de un hijo es una crisis accidental que produce un impacto psicológico en los diferentes vínculos familiares. En relación a cómo se elabore la crisis, podrían producirse un enriquecimiento vincular o, por el contrario, problemas psicológicos de distintos grados de gravedad, en la trama vincular familiar.

Releva también la interacción con las familias y/o grupos de apoyo o convivientes de los sujetos con discapacidad. Tal y como menciona Lillo (2014), es conveniente indagar con las familias sobre su real conocimiento del cuadro, motivaciones y expectativas. Indagar lo que desean y temen; desde donde elaborar estrategias de acompañamiento e intervención prudentes al caso. (p. 375)

Centro de Día para Personas con Discapacidad

El centro de día como marco institucional se propone ofrecer un servicio diurno, intermedio, que colabore con la inserción del sujeto en el espacio social. Se entiende a los centros de día como medios para la prevención en salud mental en el marco de la Atención

Primaria de la Salud (OMS, 1978). “La salud es conseguir el más elevado nivel de bienestar físico, mental y social de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales y ambientales en que vive sumergido el individuo y la colectividad” (Soldevila Benet y March Llanes, 2002, p. 5).

Son numerosos los objetivos que se proponen los centros de día. Entre ellos, el afán por colaborar en el fortalecimiento de las potencialidades de los sujetos usuarios del servicio. (Abramovich, 2007). Tal aspecto tiene por fin apuntar al mayor grado de autonomía que facilitará a su vez la inserción social del sujeto. (p. 464). “Los Centros de Día son un recurso puente, intermedio, entre la asistencia domiciliaria y la residencia, entre la persona dependiente y el cuidador, entre la autonomía deseable y la dependencia inevitable.” (Rodríguez Cabrero et. al, 2005, p. 10)

Estos dispositivos se abocan mayoritariamente a pacientes con importante deterioro mental. Éste se pone de manifiesto en las dificultades de gozo, en las discapacidades para los procesos cognitivos, así como en las relaciones y praxis con personas y objetos (Clusa, 2005). El autor también plantea que éstas afectan en mayor o menor medida a la dependencia e inserción socio-laboral. Entonces, la asistencia al centro de día hará de factor protector para la permanencia del usuario en sociedad.

Reconociendo la ambivalencia entre el modelo médico y el modelo social de la salud, resuena la necesidad de encontrarle sentido al término discapacidad. Según Toboso y Guzmán (2009), el primero de los modelos centra la atención en el cuerpo, lo que excluiría el componente social que es a su vez epicentro del segundo modelo. El modelo social de la salud, o modelo biopsicosocial, como lo llaman Padilla y Muñoz (2010), “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 la diversidad.” (Strauss y Sales, 2010 citado en Alfaro-Rojas, 2013, p. 66).

Toboso y Guzmán (2009) y Alfaro-Rojas (2013) coinciden en la necesidad de colaborar con el diseño de un entorno disponible para afrontar la discapacidad. Sin embargo, sería reduccionista concluir en que los factores sociales son responsables de la discapacidad. Ello, entonces, excluiría los factores neurobiológicos propios de una patología mental.

En algunas patologías, ajenas al sujeto a modo de padecimiento psíquico, puede encontrarse el deterioro cognitivo como característica central, según los aportes de Clusa (2005). En ellos se entiende la discapacidad como la carencia de habilidad hacia una o muchas actividades específicas. Toboso y Guzmán (2009) proponen la diversidad funcional como alternativa, en la que el foco estará en cómo se resuelven las actividades. Pensar relacionamente a las construcciones objetivas y a las estrategias subjetivas es un primer paso para romper con las visiones fatalistas. También para romper con aquellas que suponen la inevitabilidad de destinos y trayectorias sociales y educativas. (Kaplan, 2006)

A fin de abordar la temática desde una perspectiva integral, se propone entender la discapacidad como el devenir del cuerpo físico en contexto, donde materia e intersubjetividad se encuentran. (Toboso y Guzmán, 2009). Este mismo autor declara: “La experiencia subjetiva del cuerpo es la de la materia en continuo conflicto y dependencia con el entorno que lo rodea” (p. 3). Tal y como menciona Brogna (2006): “Entendida como una creación social, significada dentro de una situación relacional, puesta en perspectiva como un evento situacional, la discapacidad es entonces el espacio contingente y arbitrario que se le asigna a ese sujeto y por lo

tanto la situación de desventaja aumenta o disminuye en función de su contexto social (y económico).” (p. 8)

En Argentina, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008) ofrece las bases sobre las que un centro de día deberá asentarse. Entre los derechos que se promueven, se encuentra el pleno acceso a la asistencia, así como el transporte y la accesibilidad, entre otros. En esta línea se enmarca el Certificado Único de Discapacidad (en adelante CUD). Éste es el documento nacional, público y válido que avala el ejercicio de los derechos y prestaciones previstas en las leyes nacionales que velan por los derechos de los sujetos con discapacidad. (Gobierno Nacional, s/f)

El CUD es otorgado a sujetos cuya discapacidad esté asociada no sólo a un componente sensorial o motriz, sino también al padecimiento psíquico. Es entonces preciso resaltar la “discapacidad psiquiátrica” (Durán Maseda, et. al, 2012, p. 1) como marco sobre el cual se pensará la atención integral en centros de día.

Importa también detenerse a analizar el lugar del diagnóstico. El empleo de sistemas de clasificación asociado a la discapacidad representa tanto ventajas como desventajas. (Navas, Verdugo y Gómez, 2008, p. 145). En cuanto a las segundas, “lo que comienza por ser un modo de organizar la información, acaba convirtiéndose, en ocasiones, en un modo de comprender y reaccionar ante el fenómeno (Florian y McLaughlin, 2008), así como en inercias en el trabajo dentro de las organizaciones e instituciones (Rouse, Henderson y Danielson, 2008).”. Los mismos autores explicitan las ventajas. La existencia de un diagnóstico clasificatorio podría, por un lado, facilitar la planificación de las intervenciones. Así también, podría facilitar la comunicación entre profesionales y aquella que implica a las familias y/o cuidadores del sujeto en cuestión.

MODALIDAD DE TRABAJO

A partir de la lectura de Pérez de Maza (2016), se define a la sistematización 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. 13-15)

Caracterización de los Sujetos

A fin de sistematizar el eje mencionado, tomaré por población general al conjunto de concurrentes y profesionales que asisten al centro de día Kruppall de manera presencial y virtual. Los primeros suponen sujetos con algún tipo de discapacidad y/o padecimientos psíquico en un rango etario de entre 24 y 78 años. Los segundos serán los diferentes profesionales de la salud que trabajan en el centro, específicamente en el campo psi. Además se tendrán en cuenta aquellos profesionales que dan lugar a los diferentes talleres.

La población específica incluirá, por un lado, a todos los sujetos que asisten de manera virtual y presencial a Kruppall los días lunes, también convocados al taller de Actividades de la Vida Diaria (en adelante AVD). En lo que respecta a los profesionales, tomaré en cuenta los comentarios y aportes de todos con quienes media comunicación virtual o presencial. Estos últimos son dos acompañantes terapéuticos, la licenciada en psicología y la trabajadora social.

Técnicas para Recolectar Información

A los fines de reconstruir la experiencia de prácticas, se hará uso de diferentes técnicas de recolección de información. Se tendrán en cuenta los registros de campo obtenidos en tanto observadora participante los días lunes en el horario de 11 a 13. Este horario involucra, a su vez, el taller de AVD.

También, se tomarán en consideración las entrevistas de tipo abiertas realizadas durante el primer semestre de prácticas a los diferentes profesionales que trabajan en Kruppal. Son éstas esenciales en tanto permiten distinguir roles y concepciones que guiarán al cumplimiento de los objetivos específicos, y por tanto generales, a los que apunta este proyecto.

Además, se valorarán los aportes rescatados de las reuniones clínicas semanales a las que asisto en calidad de observadora no participante. Se valorarán los encuentros quincenales entre practicantes con la licenciada en psicología del centro. Con ella, se ha construido un espacio de intercambio de saberes y experiencias en un contexto de tinte psicoanalítico. Por último, se atenderá a lo registrado como observadora no participante de las diversas propuestas que el centro ofrece a concurrentes y familiares.

Consideraciones Éticas

El licenciado en Psicología se vale del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). A nivel provincial, Córdoba cuenta con el Nuevo Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, aprobado por la Asamblea Extraordinaria del 12 de Noviembre de 2016.

Ambos documentos tienen por fin aportar principios y normas deontológicas que regulen el ejercicio de la psicología en cualquiera de las áreas actualmente existentes; así como otras que pudieran aprobarse. Esto incluye la clínica, a la cual compete este trabajo. Además, aplica para cual sea su dimensión relacional, individual e institucional, ambos competentes al centro de día sobre el que trato aquí.

Entre los principios estipulados para los licenciados en psicología, se encuentra el respeto por la dignidad de las personas y los pueblos. Estos incluyen el respeto por la diversidad y el derecho a la autonomía y acceso a la información. Considero ambos aspectos como centrales en

el tratamiento con sujetos con discapacidad. Por otro lado, se pretende el principio de cuidado competente y responsabilidad profesionales. Ambos se encuentran en el compromiso de los profesionales con la actualización profesional correspondiente a su disciplina y específicamente a la población objetivo de sus actividades laborales.

La ley 26.529 vela por los derechos del paciente en relación a los profesionales y/o instituciones de la salud. La presente dictamina, entre otros, el derecho a la información sanitaria, la cual encuentro crucial en relación al eje que propongo. Esta es “aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud” (Ley 26529, 2009, Art. 3).

Además, tanto el Código de Ética Nacional y Provincial, así como la Ley recientemente mencionada enfatizan en el derecho y deber a la confidencialidad. Este implica evitar exponer información real sobre profesionales y/o concurrentes sobre los que se hable. Es deber de los profesionales la confección de una historia clínica de cada concurrente, así como actualizarla periódicamente.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Recuperación del Proceso Vivido

El espacio de prácticas comenzó el 18 de marzo de 2021 en un encuentro virtual donde se nos presentaron las diferentes instituciones asociadas al espacio de prácticas. A partir de tal lista, deberíamos hacer una lista de preferencia. Seleccioné al contexto clínico, laboral y jurídico, en ese orden. Abril trajo consigo la noticia más esperada. Realizaría mis prácticas en el Centro de Día Kruppel, un centro de día para personas con discapacidad de la Ciudad. La novedad representó para mí un gran desafío y una satisfacción al poder llevar a cabo la experiencia en el contexto en el que anhelo desempeñarme.

La propuesta de la cátedra implicaría, nos explicaron, en encuentros semanales de supervisión entre practicantes del mismo contexto. A su vez, existirían otros encuentros con la cátedra para formaciones específicas. Sobre los primeros, iniciaron en Abril, acompañadas de una profesora nueva para nosotras. Ella se mostró muy cálida e interesada, lo cual representó un gran alivio. Respecto a los espacios de encuentro con la cátedra, interesa mencionar un encuentro sobre la ética del rol del psicólogo. Lo pensé como de vital importancia, en tanto invitó a reflexionar sobre los alcances y límites de la labor del psicólogo. Así también, permitió aclarar dudas respecto a nuestra próxima incorporación en las instituciones.

Durante los primeros dos meses nos avocamos al espacio de supervisión y realización de los primeros pasos del anteproyecto. En cierta ocasión, realizamos el ejercicio de describirnos a nosotras mismas, a fin de colaborar con el pedido de una de mis compañeras, quien tiene discapacidad visual. Fue de allí en adelante que comencé a comprender que es labor del psicólogo ir más allá, ver más allá, pensar más allá. Así también lo sería en mis prácticas, que tan desafiantes me resultaban al carecer de experiencia o teoría sobre discapacidad.

También la supervisora acercó a nosotras un escrito titulado “carta a un futuro psicólogo”. Relataba ésta una analogía entre el rol del psicólogo clínico y un partido de fútbol. Sería yo, en la cancha de mi ejercicio, quien daría los pases a mis pacientes, potenciales goleadores. Pensaba, así como en un partido de fútbol hay un equipo, en la clínica estamos llamadas al trabajo en equipo interdisciplinario. Es así como funcionan en Kruppall, ¿cómo lo pensarán ellos? ¿Será entonces sencillo el pensar con otros? Entendí que nuestras intervenciones no tienen que ser estratosféricas ni súper elaboradas. Son más bien la escucha y la palabra nuestras principales herramientas.

Hacia finales de Mayo nos encontramos por primera, y tan ansiada vez, con la psicóloga y la psiquiatra fundadora del centro. Ambas se mostraron atentas y entusiastas, lo cual alivió mis ansiedades y elevó mis expectativas hacia el espacio. Faltaba poco tiempo hacia la elaboración de un eje de sistematización, y ello me asustaba. Ya habíamos revitalizado en supervisión la importancia del registro para la sistematización, y descubrí que hacerlo in situ me resultaba útil.

Se nos propuso desde el centro la lectura de un texto sobre diversidad funcional, concepto que se propone como alternativa al de discapacidad. Se propone poner el eje en la funcionalidad, que busca equilibrar el modelo médico que olvida lo social, y el social que olvida el cuerpo. Se nos relató un ejemplo, a mi parecer muy gráfico, de una paciente de otro centro que presentaba comezón en el cuero cabelludo. Los profesionales de aquella institución lo entendieron como síntoma positivo de esquizofrenia, aunque acabó siendo piojos. Así comprendí que es preciso combatir la tendencia a la disolución del cuerpo en sujetos con padecimiento psíquico a la hora de intervenir. Me pregunté cómo significarían los concurrentes y los profesionales la discapacidad en Kruppall.

Junio trajo consigo la explicitación, por parte de la psicóloga del Centro, del funcionamiento institucional. Esto fue muy acertado dada la necesidad de redactar el apartado sobre contexto institucional. Entre los datos más relevantes, me sorprendí al escuchar que se trabaja mayoritariamente con sujetos con padecimiento psíquico, en especial psicosis. Explicó que en ocasiones la patología mental es entendida como discapacidad. Esto es porque el sujeto carece de la posibilidad de resolver ciertas actividades o metas por sí solo. Sin embargo, tal hecho reforzó mi interés en la amplitud del concepto.

Siendo Kruppal una institución privada, los concurrentes acceden, en su mayoría, por obra social. Ésta debe ofrecer el servicio de centro de día gratuitamente a los sujetos que porten consigo un certificado único de discapacidad, que es otorgado a nivel estatal. Me pregunté por la significación subjetiva de la experiencia de los concurrentes al ser evaluados por una junta médica.

Para su ingreso al centro, es crucial la entrevista de admisión, donde se evalúa tanto la historia del sujeto como la existencia de criterios básicos de admisión que Kruppal propone. Entre ellos, la mayoría de edad y un Certificado Único de Discapacidad. También se solicita la presencia de un lenguaje comprensible o el interés en comprender. También interesa la ausencia de conductas auto y/o heteroagresivas, así como de consumo problemático de sustancias. También mencionó, a mi sorpresa, que el diagnóstico no es para ellos una herramienta fundamental, sino más bien buscan enfocarse en qué es mejor para él como sujeto. Me pregunté por el valor del manual diagnóstico en el área de discapacidad y su rol en el diagnóstico. También me interrogé cómo el abrir fronteras a la subjetividad permite una inclusión más poderosa, asociada a un mayor grado de autonomía.

El centro se maneja mediante la implementación de talleres. Ante la invitación, decidí incluirme al taller de actividades de la vida diaria. Consideré que sería el más ajustado a mis intereses personales y respecto al espacio de prácticas. Pensar los talleres en la virtualidad, sin embargo, me provoca frustración. La virtualidad ha atentado contra el sostenimiento de espacios de encuentro, aprendizaje y construcción compartida entre los concurrentes.

Las reuniones clínicas, a las que fuimos invitadas a participar, tienen por fin, por un lado, exponer la casuística. Se busca reflexionar en tanto equipo interdisciplinario sobre el estado de los concurrentes y posibles intervenciones positivas. Se nos relataron dos casos que despertaron en mí interés por la modalidad de intervención de los profesionales. En uno de ellos, un concurrente acercó a la licenciada una carta que le había escrito a su madre fallecida. De allí se propuso realizar lo mismo como actividad de taller a los fines de sostener el padecimiento que el aislamiento por pandemia trae consigo.

El segundo ejemplo refería a una concurrente femenina de edad avanzada quien presenta un ritual para ir al baño. En supervisión aparece el significante “lady”, con el que se define a sí misma previa a contraer meningitis. Esta, que además repercutió disolviendo su matrimonio, es asociada por PS2 por haberla dejado “lela”. Los significativos se entienden bajo el concepto de nominación de Lacan, orientación que sostiene la psicóloga. Los profesionales entonces intervienen estableciendo horarios para que la concurrente vaya al baño, buscando alternar su voluntad y amortizar el ritual. Sentí pesar por ella. Pensé como la discapacidad puede ser también adquirida. ¿Cuáles son las repercusiones que tal padecer pueden tener para el núcleo familiar?

También se conversó sobre un concurrente varón de 34 años, en adelante Hernán, que padece sintomatología alucinatoria producto del cuadro esquizofrénico diagnosticado. Aún encuentro confusos los motivos para incluir sujetos con cualidades psicóticas en un centro de día para personas con discapacidad. Además, me pregunto cómo pensar estrategias de intervención grupal y cómo fortalecer la comunicación en grupalidades variadas. Esto último fue muy visible en el caso de una concurrente nueva en la institución, de entre 30 y 40 años. Tenía mucho carisma y era muy charlatana. Mostraba grandes ventajas respecto a sus compañeros a la par de baja conciencia e enfermedad, por lo que terminó por abandonar el espacio.

Se nos comenta que se busca el trabajo activo y participativo de las familias para con el centro. De esto es ejemplo la familia de uno de los concurrentes varones, cuyos padres han buscado servir desde su profesión al espacio. Sin embargo, en ocasiones la familia representa un traspie en el desarrollo terapéutico de los pacientes. En estas circunstancias, se nos aclara debemos ser empáticos y responsables. Debemos asumir que las herramientas deben ser dadas desde el centro hacia afuera, y no esperar de ellos herramientas que no contribuimos a dar.

El centro ofrece reuniones informativas y talleres para la co-construcción con las familias y los concurrentes. Asistí en esta primera etapa a una reunión de vacunas, de la cual me sorprendió el bagaje teórico y me entristeció la baja concurrencia. Esto también en el taller sobre manejo de emociones asociadas a la pandemia. Este fue dictado por el acompañante terapéutico que a su vez se encarga del taller de música.

También llevamos a cabo entrevistas a los profesionales, alternadas a las reuniones clínicas, los encuentros formativos con la licenciada en Psicología y los talleres. El mes de Julio permitió entrevistar a la psiquiatra directora y fundadora de Kruppal. Un dato emocionante para

mí fue conocer el significado de Kruppal. Alude a un neologismo de origen germánico que une la palabra nudo y la palabra mesa redonda. Así, se busca significar un espacio de contención y de encuentro donde hacer lazos. Durante Agosto entrevistamos a una de las acompañantes terapéuticas de alrededor de 30 años. Ella es auxiliar de taller y tallerista de cocina. También entrevistamos al psiquiatra cofundador de Kruppal. Llegado Septiembre tuvimos la oportunidad de entrevistar también a la trabajadora social del centro.

En las entrevistas se repiten ciertas preguntas que me es preciso registrar. En primer lugar, se consulta reiteradamente por el concepto de discapacidad. El psiquiatra del centro aludió a que un sujeto con discapacidad es aquel que requiere dispositivos de apoyo que la ayuden a vincularse con otros espacios. Que aunque históricamente se asocia a cuestiones motrices, igualmente ella considera la psicopatología como discapacidad. La auxiliar de talleres y AT comentó que, muchas veces, el entorno es más discapacitante que el diagnóstico formal.

Sobre el diagnóstico, la AT comenta que, en los centros de día, resulta interesante en ocasiones no conocer el diagnóstico del concurrente. Eso a los fines de no “encasillarlo” y trabajar con un sujeto como sujeto en sí. Me pregunto cuáles son los parámetros que se tienen en cuenta a la hora de decidir si se comunica o no un diagnóstico. El psiquiatra del centro, por su parte, respondió que considera al diagnóstico como la llave terapéutica. No lo piensa como nominación sino como una comprensión, en el sentido en que está enmarcado en una lógica de cuerpos teóricos. El profesional está llamado a hacer el ejercicio de poner el síntoma como signo y así localizarlo en un cuerpo teórico. Reconocer el diagnóstico colabora, según su mirada, a compensar que una persona puede ser más vulnerable que la otra.

La licenciada en Psicología rescata que debemos y solemos intervenir según la necesidad y la demanda, independientemente del diagnóstico. En la gestión del recurso, se pretende tener en cuenta las necesidades del paciente y la situación particular. Me interesó este razonamiento. Sin embargo, algo de mí sigue considerando relevante el diagnóstico como escena sobre la cual se arma el diálogo y las acciones conformes a la mejoría del sujeto.

También se consulta por los cambios que ha instalado la virtualidad. Se han propuesto la elaboración de cuadernillos de actividades para reforzar el trabajo en la casa. Por otro lado, la psicóloga menciona la importancia de determinar quién demanda a quién. En la presencialidad, uno se acercaba para que el otro dirija la palabra. En contraposición, en la llamada es uno siempre el que llama y siempre hay una demanda en forma de pregunta “cómo estás”. La AT y auxiliar menciona lamentar la virtualidad, a lo cual comparto, porque se recorta la posibilidad del trabajo entre varios.

La trabajadora social refuerza en que la pandemia ha desbordado a las familias. Ellas no sólo se han visto en posición de cuidadores constantes. También muchos concurrentes han atravesado crisis en sus casas que las familias han tenido que aprender a sobrellevar. Pienso lo disruptivo que sería esto para las familias. Asumo que se debe haber vuelto difícil o para los profesionales llevar a cabo un seguimiento únicamente telefónico.

La reapertura de las puertas de Kruppall ha develado el procesamiento de esta crisis en cada familia. Algunas se niegan a retornar a sus actividades presenciales, mientras otras añoran la asistencia diaria a Kruppall. Sospecho que la convivencia diaria habilita el control, el hastío y la preocupación, que al dejar ir al concurrente, aumenta las ansiedades del familiar.

Hablamos específicamente de una de las concurrentes, Luciana, una mujer casada de 75 años cuya familia está hoy el día estabilizada para servirla. También hablamos de un concurrente que asiste los días lunes, Adrián. Él es un señor de unos 50 años que presenta dificultades para la comunicación oral en las videollamadas. Su familia es un gran sostén y se compromete con la institución. Hablar de él me despertó comentar que lo había visto adoptar un lenguaje más fluido y vital en el taller de AVD. Junto con la psicóloga que nos acompaña, buscamos resolver por qué se daría esto. Pensamos que podría ser este cambio de actitud a raíz de la ausencia de una de las concurrentes, quien se muestra siempre muy efusiva y charlatana. La intervención que se propuso fue llamar a Adrián antes que a Luciana, a los fines de brindarle al primero un espacio donde pueda conversar.

Al consultar por el lugar de las familias, la AT y auxiliar de taller nota que en los hogares se dan vínculos complejos que en ocasiones obstaculizan la ejecución de las actividades que se proponen, como son las de cocina en su caso. Describe la psicóloga que en la institución existe una atmósfera deseante; los profesionales están dispuestos a atender al deseo y prestar el propio. El psiquiatra, por su parte, menciona que su función no es solo estabilizar sino también alojar el padecer de las familias. Tal es el caso del concurrente varón, asistente los lunes, que padece alucinaciones auditivas casi permanentes.

La trabajadora social se encarga específicamente del seguimiento de las familias en condición de vulnerabilidad económica. También de las visitas domiciliarias, de las cuales rescata información que pudiera ser útil para el equipo de Kruppall. Descubro en mí un constante interés por el lugar de las familias. Pienso que debo sostenerlo de bandera para mi futura inserción laboral.

Comentó también que existen diferencias abismales entre las conductas de cada familia; algunas se ocupan responsablemente de las tareas relacionadas a los concurrentes. Por el contrario, otras familias se muestran desinteresadas por las actividades que se llevan a cabo en Kruppal. Sin embargo, es usual que al menos un miembro se comprometa con la institución. Así sucedió con un concurrente masculino a quien nunca conocí, pero a cuya familia se le pidió la asistencia de un hermano. Para otra de las concurrentes de los lunes, Faustina, también fue necesaria una visita en tanto la falta de organización afectaba las condiciones de vida. La mujer presenta alucinaciones. En sus relatos, manifiesta un grado de preocupación alto respecto a su capacidad de manejar y conseguir dinero. Pensé que crucial es tomar estos relatos para el taller de AVD.

En los comienzos, la trabajadora social se encargaba del área de proyecto de inserción socio laboral del centro, que consistía en un emprendimiento de empaquetamiento de alimentos. Así, los espacios de taller estaban puestos al servicio de poner en práctica las habilidades que colaboraran con el triunfo del proyecto. Me pareció fascinante pensar en este tipo de construcciones conjuntas. Pienso cuáles serán las consecuencias psico-socio-afectivas de la cuarentena en los espacios de taller. Me pregunto cómo la grupalidad constituye o no un factor de protección para los concurrentes, del que hoy en día carecen.

Las reuniones formativas con la psicóloga apuntan a la profundización en contenidos de tipo psicoanalítico que nos ayuden a pensar la práctica. Para ello, leímos acerca de Lacan y la psicosis. Se mencionó a un concurrente masculino que asiste a la institución, de estructura rígida y literal. Al interpretar de este modo cierta escena por un PRODE por un nacimiento. La intervención supuso buscar información en internet y copiarla al pie de la letra, con el objetivo

de reestructurar. Sigo aún sorprendida con la simpleza y a la vez profundidad de las intervenciones.

Avanzada la segunda parte del año, trabajaríamos los fenómenos elementales. La licenciada en Psicología retomó a dos concurrentes de los lunes que padecen alucinaciones auditivas. Los fenómenos de cuerpo son visibles en cierto concurrente varón del centro. Cuando va de cuerpo, siente que pierde algo de su ser, lo cual lo lleva a pasar largos días sin ir al baño. El concurrente tiene psicosis de a dos con su madre. Ella es nutricionista y aun así le da arroz para comer incluso con sus dificultades para ir de cuerpo.

También estos espacios ofrecen la oportunidad de compartir nuestras vivencias hasta la fecha en la práctica presencial. Recibo con mucha calidez su interés, y pienso que el tiempo está permitiendo una mayor cercanía en el vínculo. Esto permite no sólo compartir más de nuestra subjetividad, sino también aprender más y más de lo que compete al rol del psicólogo. Comenté sobre la concurrente estudiante de Psicopedagogía que asiste los lunes al Centro, a quien llamaré Sonia. La psicóloga me comentó haberse reunido con su madre. Resulta que ella había acordado con una vecina para que acompañe a la concurrente. Sin embargo, ella pensaría que sería como un trabajo donde ella cuidaría de la señora. Me resonó la idea, pensé que sería rebuscada para la perspicacia que noto en Sonia. Respecto a la relación con su padre, ella muestra una actitud forzada a cumplimentar sus deseos e intereses. Incluso presenta mucha ansiedad cuando el padre está esperándola. Entonces, la intervención que se propone es ablandar las consignas. Esto significa permitir la equivocación, la espera, la modificación de nuestra parte y hablar de ello con naturalidad. Me interesó esta conversación porque permite darme cuenta de dónde nacen las intervenciones y qué consideraciones acarrear. Es increíble pensar cómo micro conductas pueden derivar en cambios de plasticidad a nivel paciente.

También aproveché los encuentros para comentarle a la psicóloga que notaba por momentos que los concurrentes cumplían con las actividades más rápido que lo previsto. Me aconsejó poner mis inquietudes en forma de pregunta. Así, instaría más al centro y su equipo. También me instó a atender a los discursos y descubrir significantes, como lo es la universidad para Sonia y el fútbol para Hernán. Desde ellos pueden despertarse intervenciones eficaces usando los intereses a favor del desarrollo de los concurrentes.

También hablamos sobre otra concurrente femenina del Centro, en asociación al texto que venimos trabajando. En términos psicoanalíticos, el otro le resulta avasallante. En su casa, las cuidadores deciden por ella. Se proponen entonces asumir la función de secretarios, es decir, invertir roles. Otra vez, intervenciones que pasan desapercibidas y a la vez hacen el cambio subjetivo y conductual.

Mi primer encuentro con el taller de AVD fue una muy grata experiencia. Me sentí muy bien recibida tanto por el tallerista y AT, a quien llamaré Tomás, así como por los concurrentes que asisten tanto de manera presencial como virtual. Las actividades que se proponen apuntan al desarrollo de habilidades hacia la autonomía en las actividades de la vida cotidiana. Entre ellas, la ubicación temporo-espacial, el manejo de dinero, la higiene o la alimentación.

Mis incorporaciones, de momento virtuales, suponían acompañar las actividades que se proponían. Éstas me asombran en tanto permiten la articulación de habilidades de motricidad, atención o memoria. En cierta ocasión construyendo una pirámide alimenticia noté un temblor persistente en Hernán, me pregunto por qué será. También descubro que, cuando falta un concurrente se les pregunta al resto por los ausentes. Lo entiendo como un intento de ubicación temporo-espacial.

Comenzado el mes de septiembre, me acerqué a Kruppal por primera vez de manera presencial. Experimenté mucha tranquilidad y emoción, en contraposición a los nervios que pensaba tener. Esperando a los concurrentes, busqué registrar el espacio. Mi ansiedad se elevó al llegar a Hernán ya que me preguntaba qué estaría sintiendo él. A mi sorpresa, me recibió con la misma alegría y entusiasmo que siento en la virtualidad. La semana que viene sería su cumpleaños, comentó. Esto, entiendo, implica un reconocimiento temporo-espacial que hasta ahora no sabía si se tenía o no.

La actividad pensada para el día suponía un crucigrama sobre la base del término higiene. Me resultó didáctico e interesante para plantear la temática. Sin embargo, en ocasiones me encuentro preguntándome si acaso pudieran ser más complejas. Los concurrentes responden con gran rapidez a las consignas, quedando tiempo vacío. Mientras hacíamos la manualidad, en varias ocasiones se le propuso a Hernán cortar, pegar o escribir con la pregunta ¿Te animas? Me pregunto si habrá un temor. Volví a notar el temblor. Así también noté alteraciones en la motricidad en Sonia, a quien conocí presencialmente entrado Septiembre. Ella sostiene un lenguaje claro y fluido, y motricidad aparentemente propicia. Sin embargo, jugar al dígalo con mímica permitió ver cuestiones en la motricidad gruesa. Esto me lleva a preguntarme por su diagnóstico.

Adrián, por su parte, ha retomado su actitud reservada ante la presencia de más concurrentes. Esto me hace pensar en la necesidad de encontrar recursos que colaboren con su participación virtual. Pienso es perjudicial para él recibir la indiferencia que supone no entender y no repreguntar. Intento atravesar la experiencia de prácticas sobre la tesis que la discapacidad no implica la falta de emocionalidad. Siento debe ser incluso más cuidadoso nuestro rol en este último sentido que en las practicidadades de la vida cotidiana.

En cierta ocasión en que nos propusimos materializar el juego de dígalos con mímica de AVD, sucedió un hecho que llamó mi atención. Hernán comenzó a reírse sin razón y Tomás, el AT, me miró de manera que terminé por entender que se trataba de cierta sintomatología. Me pregunté cuánto podría tener que ver esto con los episodios inestables que el psiquiatra dice que el concurrente padece. Sentí algo de incomodidad, pero resolví actuar con naturalidad.

Entrado Octubre retomamos las reuniones clínicas. El relato sobre cierto concurrente masculino llamó mi atención. La psicóloga nota en él un estado cuasi depresivo. Menciona que esto es porque se muestra formal, serio y respetuoso. Previo a la pandemia, presentaba un sentido del humor florido. Además, uno de los AT presentes en la reunión informó que no asiste a terapia. También su familia niega la enfermedad ya que lo ven tranquilo y reniegan de la medicación. Otra AT del Centro recomienda participar a un hermano de él en el proceso. Será con él con quien se mude a un lugar lejano, lo cual atenta el sostén de la red social que el concurrente en cuestión ha construido. Escuchar el relato minucioso del caso despertó en mí ciertas frustraciones. Pienso en las consecuencias de la pandemia y cómo esta ha acotado las posibilidades de asistencia a la familia.

En lo que compete a las reuniones, también se trabajan cuestiones administrativas. Se reforzó la necesidad de presentar informes mensuales. Se instó a planificar con anticipación los planteos para próximos talleres; y llevar al día informes con los seguimientos de los casos. Me pareció bueno que se rescate la importancia de sostener esta práctica en el tiempo. Planificar no sólo permite estar al día en lo administrativo legal, sino que esa ley tiene su sentido. Pienso que orienta el rol del tallerista y/o profesional. Es importante pensar un programa anual con objetivos específicos. Pensarlo en el marco de una historia clínica que responde no sólo a lo legal sino a lo terapéutico.

El mes de Noviembre, último de la experiencia de prácticas, trajo consigo una mezcla de nostalgia, orgullo y desafío. Tuvimos dos clases formativas en psiquiatría. También sobraron oportunidades de ver plasmados esos aprendizajes en la casuística de los concurrentes. También tuve la oportunidad de planear y ejecutar una actividad en el marco del taller de AVD. Me sentí cómoda y satisfecha con su producto. También en noviembre participamos de todas las reuniones clínicas y de equipo. En ellas, se hizo especial hincapié en cierta concurrente cuya historia me resuena individualmente. Así, a este mes lo dediqué a acompañarla específicamente y adentrarme en su situación. También ocurrió con otros concurrentes, con quienes alcancé mayor cercanía y conversación.

Cabe mencionar también el regocijo con el que me despedí de la institución, terminado el mes. Los concurrentes y profesionales asistentes el día lunes prepararon para mí una búsqueda del tesoro acompañado de un paquete envuelto con prendas. Pude interactuar y jugar con todos los concurrentes. La actividad resultó plena y muy divertida, además que me alcanzó al corazón y me permitió hacer una reflexión sobre todo lo transitado. Con fuertes abrazos a la distancia y mucho cariño, cerré la etapa para dar lugar a otras, que seguro, traerán más aprendizajes.

Análisis y Síntesis

En este trabajo, se buscó caracterizar las intervenciones realizadas por profesionales en un centro de día para personas con discapacidad de la ciudad de Córdoba a partir de cuatro objetivos específicos. Estos son, por un lado, indagar el alcance del concepto de discapacidad en el planteo de intervenciones en un centro de día para personas con discapacidad. Me propongo también describir la influencia del diagnóstico en el planteo de intervenciones. Además, se plantea por objetivo describir las finalidades de las intervenciones. Así también, por último, analizar las fluctuaciones en el planteo de intervenciones a partir del inicio del abordaje virtual.

Discapacidad: Sus Alcances

En primer lugar, la propuesta es indagar el alcance del concepto de discapacidad en el planteo de intervenciones en un centro de día para personas con discapacidad. Tras analizar las respuestas obtenidas a tal interrogante otorgadas por los profesionales entrevistados, estas pueden agruparse en grandes categorías: según las formas de concebir la discapacidad, las referencias a la persona y las referencias al contexto.

Formas de Concebir la Discapacidad

En el siguiente apartado, se proponen tres ópticas diferentes sobre el concepto de discapacidad. Por un lado, se podría pensar a la discapacidad como limitación para el sujeto. En su polo opuesto, se lo piensa desde la diversidad funcional. Por último, se atenderá a la discapacidad en tanto concepto burocrático, lo cual pone el foco en la la discapacidad pensada en contexto.

Discapacidad como Limitación. En la primera categoría, *formas de concebir la discapacidad*, se encontró que los profesionales entrevistados reconocen que puede entenderse la

como limitación. Explica la licenciada en psicología que desde esta óptica, el sujeto carecería de la posibilidad de resolver ciertas actividades o metas por sí solo. También se encontró en los registros que la discapacidad puede ser asociada a la psicopatología.

Algunas de las primeras son consideradas las segundas en tanto inhabilitan al sujeto al pleno desarrollo de sus actividades y capacidades (Cuaderno de Campo, 14/06).

Al fenómeno mediante el cual se asocian ambos registros es llamado, por Reiss (1990), como diagnóstico dual (como se citó en García Ibáñez, 2009, p. 39).

Siguiendo con la lógica de la discapacidad como limitación, lo planteado coincide con la opinión de Padilla Muñoz (2010, p. 401). La autora determina que la discapacidad puede revestir una limitación funcional o deficiencia. Ésta puede ser física, intelectual o sensorial; una dolencia o enfermedad mental. Así también, éstas pueden ser transitorias o permanentes. Cabe preguntarse cuáles son los medios de acceso a reconocer las limitaciones como tales, y su carácter de permanencia. Así también, como se modificaría la modalidad de intervención según sea permanente o transitoria tal limitación.

Es necesario adaptar el acompañamiento al concurrente y su contexto de manera constante. Esto es relevante en tanto supone reconocer que, aún sea la limitación permanente, no lo será así su manera de presentarse (Cuaderno de Campo, 05/07).

Discapacidad como Diversidad Funcional. Contrario a lo expuesto anteriormente, los registros han dejado entrever que la discapacidad puede ser entendida desde el modelo de diversidad funcional. Éste propone poner foco en la modalidad de concreción de realizar ciertas actividades. Se entiende que, en virtud de ciertas peculiaridades de la constitución biológica, algunos sujetos encuentran dificultades para su desenvolvimiento cotidiano en comparación con

otros que no poseen esas peculiaridades. (Rodríguez Díaz, 2009, p. 154). Tal y como explican Toboso y Guzmán (2009, p. 5), esto implicaría correrse del lugar de poder o no, para asumir que se puede, de otra manera. A esta postura adhieren los profesionales de Kruppall:

Kruppal es un Centro que nace del interés genuino de ambos psiquiatras, de abarcar la discapacidad con ojo social y no médico hegemónico (Cuaderno de Campo, 24/05).

Así también, se oponen al concepto de “limitación funcional”. Este último es propuesto por varios autores, entre ellos Padilla Muñoz (2010) y Schalock (1999); quien cita al Instituto de Medicina (1991) para indicar que “las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales.” (p. 3). Cabe preguntarse, en este sentido, cuál es el límite entre la limitación construida por el contexto, y aquella que es genuinamente médica y potencialmente irreversible. Los aportes de Díez García et. al. (2020) ayudan a esclarecer ese interrogante. “La información y el conocimiento son recursos de naturaleza simbólica y, por consiguiente, de carácter reflexivo y están íntimamente ligados a la capacidad simbólica y a los procesos cognitivos del individuo.” (p. 761). Entonces, habría un limitante real que se interpondría en ciertos sujetos para asociar significantes a significados y construir conocimiento novedoso.

Asimismo, es requisito para ingresar a Kruppall, tener acceso a recursos simbólicos (Cuaderno de Campo, 14/06).

Esto se ejemplifica en el caso de Hernán. Él no accede a la lectoescritura, pero si puede responder preguntas conceptuales. Sin embargo, otra de las concurrentes de estructuración

psicótica no accede la lecto-escritura. Entonces, ¿es la incapacidad de simbolizar, también limitante a su capacidad de aprender?

Discapacidad como Concepto Burocrático. Según lo observado en el centro, la discapacidad también podría concebirse como concepto burocrático. Esto en tanto son criterios de admisión al centro la constancia de CUD y un plan ordenado de psiquiatría. La discapacidad entonces se convierte en burocrática en tanto los sujetos sólo acceden a ciertos beneficios si pueden certificar, mediante un tercero, su discapacidad. Esto, a su vez, se convertiría en una instancia movilizante para los sujetos que deben exponerse a ser evaluados en sus limitaciones. Asimismo, se debilita el interés actual por entender la discapacidad como diversidad funcional. Tal y como expone Moscoso (2010, p. 272): “A pesar de la preposición con, la discapacidad aparece siempre como un desgraciado accidente que acompaña a la persona, y que debe separarse mediante un rodeo semántico de ella, de modo que ambas realidades no se confundan.”

La discapacidad como instancia burocrática es reflejada en ciertos concurrentes de Kruppall. Según lo registrado el 19/07, cierto concurrente asistía a terapia dos veces por semana por fuera de la institución. Esa profesional entró en licencia, por lo que se necesitaba buscar un reemplazo.

Frente a la necesidad de reemplazar la terapeuta por la licencia, se destapan los impedimentos que la obra social trae para que éste suceda más prontamente. A su vez, esto sucede con el transporte. La concurrente Luciana debió abandonar su participación en Kruppall por no tener medio de transporte cubierto para movilizarse. (Psicóloga, Cuaderno de Campo, 19/07)

Además, se registró en las prácticas que los sujetos con discapacidad encuentran dificultades al insertarse en el mundo laboral. Esto coincide con lo que dicen Pallisera Díaz y Rius Bonjoch (2006). “A pesar del reconocimiento internacional de la igualdad de derechos de las personas con discapacidad, ellas aún hoy experimentan serias dificultades para conseguir, encontrar y mantener un trabajo.” (p. 330). Siguiendo la línea de las autoras, la inserción en el mundo laboral sería un modo de colaborar en la construcción de la imagen adulta de sí mismos. El nivel de integración experimentado hasta la escuela parece fragmentarse al llegar al mundo laboral. Esto por dos motivos. Por un lado, se reconoce la limitación contextual a recibirlos; y en ocasiones las patologías imposibilitan a los sujetos a insertarse en tal mundo. Ejemplo contrario es lo que sucede con Sonia:

Ella contó que está haciendo muchas suplencias de jardín de infantes y que le está yendo bien (Registro de Campo, 05/10). También, en cierta ocasión, la madre de Sonia arregló con la vecina que contrate a Sonia para que la cuide. Sin embargo, el acuerdo era que la vecina cuide de Sonia en una especie de rol de acompañante terapéutico. (Registro de Campo, 20/09)

Otros ejemplos pueden ser mencionados. En Kruppel, otro concurrente muestra dificultades respecto a los estudios, aunque no así en el ámbito laboral.

El concurrente ha tenido repetidos intentos con carreras universitarias pero no ha podido sostenerlas, pero sí el trabajo (Registro de Campo, 18/10).

Discapacidad: referencias

En tanto segunda categoría, se propone analizar el alcance del término discapacidad según a qué refiere. En esta línea se planteará la discapacidad en tanto referida a la persona, para luego pensar la discapacidad referida al contexto.

Discapacidad Referida a la Persona. En primer lugar, se propone pensar la discapacidad según su *referencia a la persona*. La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) en la Historia de la Discapacidad y las Naciones Unidas (ONU, 2008) diferencia entre deficiencia, discapacidad y minusvalía. La discapacidad referiría, según este escrito, a la restricción o carencia, a raíz de una deficiencia, de la capacidad para realizar una actividad según los márgenes de lo considerado normal para un ser humano. La minusvalía, por su parte, implicaría una situación desventajosa causada por una deficiencia o discapacidad que impida o limite al sujeto a desempeñar sus funciones consideradas normales, situadas en contexto. (Padilla Muñoz, 2010, p. 399).

Tal consideración respondería al llamado modelo médico-biológico, según el cual “La discapacidad es un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados en forma individual por profesionales.” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO, 2001 en Padilla Muñoz, 2010, p. 402). Entonces, se presentan dos interrogantes. Por un lado, cuáles son aquellas funciones llamadas normales, y por qué no otras. En otro sentido, cuáles son los límites entre lo normal y lo patológico, aspecto que empoderaría o vulneraría a quienes presentan un CUD.

Discapacidad referida al contexto. En segundo lugar, se pensó a la discapacidad *según su referencia al contexto*. El modelo social de la discapacidad considera que ésta se plasma en la interacción de una persona con un medio ambiente que evidencia las limitaciones que tiene el sujeto en tal ambiente, y que definen su estatus de discapacitado. (Padilla Muñoz, 2010, p. 404) Se dice en Raventós Vorst y Contreras Rojas (2017) que:

“Citando a Lurhmann (1992): Tratar de proteger a las personas con enfermedades mentales crónicas diciendo que no están enfermas, solo son diferentes, es de una insensibilidad abominable para los pacientes y sus familias, que luchan valientemente con las dificultades de sus familiares enfermos”. Entonces, cabe preguntarse: ¿Cómo contribuir a la construcción de puentes que propicien un desenvolvimiento “normal” de los sujetos afectados por una discapacidad, disfunción o minusvalía?

Según los registros de la práctica, Kruppall se propone considerar a los concurrentes como sujetos heterogéneos. Desde esta óptica, se propone ampliar el espectro para comprender que la discapacidad no es necesariamente innata sino también adquirida. Así, el centro tiene por fin ofrecer un acompañamiento aún más amplio.

Supone un acompañamiento comprensivo y personalizado respecto a la sintomatología psíquica que se pudiera originar en el concurrente y su núcleo familiar que acompaña el padecer (Cuaderno de Campo, 05/07).

Según lo propuesto, no se podría considerar a los problemas de salud mental como patologías únicamente circunscritas al sujeto que los padece. Por el contrario, se propone la necesidad de realizar un abordaje desde una mirada biopsicosocial, ya que se encuentran influenciados por diferentes variables relacionadas con el modo en que interactúa el individuo en distintos contextos. (Haz et. al, 2002). Esto mismo es planteado por una de las acompañantes terapéuticas.

Muchas veces el entorno es más discapacitante que el diagnóstico formal que se le comunica al paciente (Cuaderno de Campo, 02/08).

Esto nos lleva a pensar en la mirada infantilista que se tiene, en ocasiones, sobre los sujetos con discapacidad. Tal y como se registran las palabras de la licenciada en psicología:

Es muy común el preconceito de que los sujetos con discapacidad son siempre amorosos y “con un corazón enorme (Cuaderno de Campo, 01/07).

Sin embargo, los profesionales demostraron interés por alojar las diferencias entre los miembros y mediar los conflictos. Esto se ve reflejado en el planteo de actividades y espacios, priorizando las preferencias de los concurrentes y sus afinidades.

Tabla 1

Tabla de Resumen Objetivo Específico 1.

Alcances del término Discapacidad	
Formas de concebir la Discapacidad	Discapacidad como Limitación
	Discapacidad como Diversidad Funcional
	Discapacidad como Concepto Burocrático
Discapacidad: Referencias	Discapacidad Referida a la Persona
	Discapacidad Referida al Contexto

La Influencia del Diagnóstico en el Planteo de Intervenciones

A partir de lo registrado en la experiencia de prácticas, puede el análisis desglosarse en diferentes categorías: tipo de diagnóstico y sus características.

Tipo de Diagnóstico

En el siguiente apartado, el lector encontrará dos subcategorías. Por un lado, la diferenciación explicitada entre el diagnóstico de tipo sindrómico, biológico y nosológico. Además, se retomará la perspectiva psicoanalítica a los fines de distinguir entre dos de las tres estructuraciones psíquicas que ésta propone, y que prevalecen en la casuística del centro.

Diagnóstico Sindrómico, Biológico y Nosológico. Según lo registrado en el espacio de prácticas, el diagnóstico puede diferenciarse en tres *tipos*, según sea sindrómico, biológico o nosológico. El diagnóstico sindrómico refiere al “conjunto de signos y síntomas que el paciente nos proporciona de acuerdo a la observación o examen clínico y motivo de consulta.” (López Rosales, 2014, p. 3). Esto coincide con lo que dicen los profesionales.

En el diagnóstico sindrómico, la sintomatología se ajusta a un tipo de personalidad que define al tratamiento. El diagnóstico biológico, por su parte, corresponde al diagnóstico farmacológico (Cuaderno de Campo, 23/08).

El diagnóstico sindrómico es lo mismo que decir diagnóstico clínico (Ardila y Otrosky, 2012, p. 26). Ejemplo del diagnóstico sindrómico puede ser aquel que se hace sobre cierto concurrente masculino de la institución.

Él, antes de la pandemia, llegaba al centro desarreglado y vestido no acorde al clima. Mostraba un sentido del humor florido, y podía abarcar chistes con doble sentido. Tras atravesar la virtualidad, se presentaba formal, serio y respetuoso; lo cual indicaría un indicio a un estado depresivo. (Cuaderno de Campo, 13/09)

La experiencia de prácticas invita a comprender que, en ocasiones, lo que aparenta ser esperable puede estar inserto sobre un diagnóstico sobre el que se debe intervenir. Cabe

preguntarse cómo delimitar los factores de riesgo y los protectores, comprendiendo que el diagnóstico sindrómico tiene por consideración la subjetividad del sujeto. Además, el diagnóstico biológico sería aquel que regule la intervención psiquiátrica. ¿Cómo delimitar saltos como el de tal concurrente, en términos psiquiátricos?

La teoría, en adherencia a lo experimentado en la práctica, deja en evidencia una conclusión. Importa de conocer, profundizar y atender tanto al diagnóstico sindrómico como biológico. Esto tiene por fin una propuesta de intervención integral.

Se intenta evitar la disolución del cuerpo biológico al pensar la intervención. Si bien se profesa el modelo social de la discapacidad, es preciso no descuidar la biología que establece sus límites, diversamente funcionales. Así también, mediar las intervenciones según el individuo y según éste en contexto, tanto en la grupalidad de Kruppel como el contexto familiar que suministra el consumo y sus efectos secundarios. (Cuaderno de Campo, 28/06)

La nosología, por su parte, es la rama de la medicina que intenta nombrar, describir y clasificar a las enfermedades conforme a su etiología, patología, presentación clínica y evolución. (Bareiro, 2017, p. 216). Según dice la misma autora, en la actualidad, el sistema de clasificación en salud mental se basa en dos corpus: El CIE- 10 y el DSM V. (p. 216) Los profesionales de Kruppel, en ocasiones reniegan del reduccionismo al que apelan los manuales. Esto coincide con lo que mencionado por la autora previamente citada.

“Conlleva el riesgo reduccionista de comprobar la presencia o la ausencia de síntomas de una lista y perder la variedad, riqueza y peculiaridad de las experiencias y sentimientos de un

paciente dado, los cuales son siempre personales y únicos, vale decir, dejar por fuera aquello imposible de estandarizar de la historia singular.” (p. 216)

Estructuras clínicas prevalentes. Por otro lado, el centro de día Kruppall trabaja desde la teoría psicoanalítica. Más específicamente la psicóloga, de corriente lacaniana, trabaja según una técnica conocida como terapia de a varios. Posicionándonos desde el Psicoanálisis, interesa analizar el diagnóstico de psicosis y neurosis y su prevalencia en la institución.

El diagnóstico por estructura puede diferenciarse según sus mecanismos. Según lo explicitado por la Licenciada en Psicología del Centro, pueden analizarse estructuras neuróticas y psicóticas entre los concurrentes.

La neurosis, por su parte, opera desde la represión; mientras que la psicosis lo hace desde la forclusión. Ésta última supone la negación de la representación y del afecto, por lo que queda un agujero en la realidad que se reconstruye en forma de alucinación. Estar dentro del lenguaje pero fuera del discurso. (Cuaderno de Campo, 12/07)

López Zepeda (2020, p. 168) los esclarece el explicitar que las patologías neuróticas se distinguen de las psicóticas por el nexo que tienen con la realidad. Quienes tienen estructura psicótica no acceden al orden simbólico. Esto significa que carecen del símbolo para dar respuesta al agujero existente en lo real. Esto coincide con lo que comentan los profesionales del centro.

El analista, frente a una psicosis, busca armar bordes al agujero del interrogante sin respuesta del sujeto que viene a sesión. La intención es descubrir la pregunta y desviar la óptica para no caer en el agujero, al contrario, armar bordes. (Cuaderno de Campo, 19/07)

Es cierto que el psicoanálisis como técnica de análisis no es aplicable a sujetos estructurados en psicosis. Sin embargo, el planteo de la teoría psicoanalítica es sostenido por los profesionales de Kruppal, así como sus conceptos. Retomando los aportes de Urribarri (2012, p.162), importa definir al encuadre como el convenio que se construye entre analista y analizado sobre una fracción constante y otra variable. La primera se define como matriz activa e implica los medios convencionales del psicoanálisis: la asociación libre del paciente y la atención flotante del analista. El estuche, o fracción variable, se constituye por el número y duración de encuentros, su modalidad y periodicidad. Estos aportes teóricos interesan para relevar que, en pacientes de estructura no neurótica, la importancia del encuadre es inversamente proporcional al nivel de madurez psíquica del sujeto (Nemirovsky, 2004, p. 130). Es así que, entonces, la virtualidad asume rol protagónico en el sostenimiento del encuadre establecido. Con todos los concurrentes, por supuesto, pero más aún con aquellos que requieren mayor estructuración.

Son requisitos de acceso a Kruppal concurrentes que, aunque no tengan un lenguaje fluido, tengan la capacidad de comunicarse y la predisposición a atender (Cuaderno de Campo, 14/06).

En este mismo eje, es importante atender a las verbalizaciones para diferenciar estructuras. Se menciona en los registros cierto caso referenciado por los profesionales del centro, donde una concurrente refería verse afectada por picazón en el cuerpo. De primeras, los profesionales entendieron esto como sintomatología psicótica. Sin embargo, terminaron por dar cuenta que se trataba de picazón producto de cierta tela que la concurrente vestía.

Si un paciente indica sentir bichos y no saber qué hacer, probablemente se trate de una histeria; en contraposición a uno que relate sentir bichos que le caminen por el cuerpo y

alegar una explicación de por qué sucede esto, se podría hablar de una psicosis.

(Cuaderno de Campo, 30/08)

Características del Diagnóstico

En este apartado, se propone la caracterización del diagnóstico que previamente ha sido definido según su tipología. Por un lado, se lo pensará en tanto llave terapéutica. Esto implica pensarlo como herramienta fundamental para la intervención. Por otro lado, se lo clasificará en el polo limitante vs. Posibilitador. En este punto, se pensará en cómo atender al diagnóstico representa un factor positivo o negativo para el buen trabajo terapéutico. Todas estas ideas se despiertan en la experiencia de prácticas y se respaldan con la teoría.

El diagnóstico en tanto llave terapéutica Tras el análisis de los registros de la práctica, se puede considerar al diagnóstico estructurante para la intervención, en tanto es llave terapéutica para pensar las intervenciones. Conviene retomar lo dicho por el psiquiatra del centro.

No lo pienso como nominación sino como una comprensión, en el sentido en que está enmarcado en una lógica de cuerpos teóricos. Al conocerlos, el profesional está llamado a hacer el ejercicio de poner el síntoma como signo y así localizarlo en un cuerpo teórico que le facilite su intervención. (Cuaderno de Campo, 23/08)

En ocasiones, puede suceder que algunos concurrentes sean mayor desafío a la hora de estructurar la nómina. Tal hecho sucedió con una de las concurrentes del centro de día Kruppall. La mujer ha ejercido su labor como docente y estaba, al momento del registro, en proceso de jubilación. Sin embargo, al carecer de cierto grado de consciencia de enfermedad, la mujer quería seguir ejerciendo. El psiquiatra previamente mencionado explicó que, aun pudiendo

estructurar el caso y entender que lo mejor es la jubilación, si el mismo concurrente reniega del grado de discapacidad, la llave terapéutica se presenta desafiada en su ejercicio.

Por otro lado, una concurrente femenina de alrededor de 35 años decidió abandonar su participación en Krupp al sentirse incómoda estando con sujetos con discapacidades más graves, según ella declara (Cuaderno de Campo, 09/08).

Ambas concurrentes comparten alegar que su grado de discapacidad es inferior a las intervenciones que se les proponen. Cabe preguntarse entonces por el lugar que ocupa tal construcción en el rol del centro de día, que se propone pensar su intervención de manera personalizada. Aún más, el centro se propone, tal y como indica la ley, respetar las decisiones en tanto no sean perjudiciales, y recomendar otros espacios. Eso hicieron los profesionales con la última concurrente descripta, a quien informaron sobre otras alternativas.

En tanto caracterización del diagnóstico, puede ejemplificarse con cierto concurrente que adquirió, tras la pandemia, un estado depresivo. A su vez, presenta una estructura rígida y literal.

En cierta actividad, se propuso hacer un Pronóstico Deportivo (en adelante PRODE) sobre el nacimiento de un bebé en la institución. Tras haberle explicado al concurrente lo que era, éste respondió que él no podía tener un hijo conmigo. A sabiendas de la estructuración psíquica del sujeto, se le propuso al concurrente buscar información en Internet y copiarla al pie de la letra, a fin de sostener la estructura rígida aunque correrla del lugar de la literalidad. (Cuaderno de Campo, 09/08)

Se considera necesario construir un diagnóstico propicio que permita intervenir según cada concurrente, a la par que mediar las intervenciones grupales atendiendo a la singularidad.

“En el sistema de salud, una etiqueta diagnóstica de trastorno o de condición de disfunción o

discapacidad es un “mal” necesario para que la persona acceda a la atención médica y a los beneficios legales.” (Raventós Vorst y Contreras Rojas, 2017, p. 136).

Un sujeto con discapacidad es aquel que requiere dispositivos de apoyo que la ayuden a vincularse con otros espacios (Psiquiatra, Cuaderno de Campo, 26/07).

Diagnóstico Limitante vs. Posibilitador. También puede caracterizarse al diagnóstico en el polo de limitante vs. Posibilitador para la intervención. Según lo registrado en las prácticas, los concurrentes deben asistir a una Junta Médica donde se certifique discapacidad. Así obtienen un CUD, que los habilita a derechos específicos.

Es una experiencia en ocasiones difícil. No sólo porque implica que otro dictamine un padecer subjetivo, sino que también es difícil para los sujetos con poca conciencia de enfermedad (Psicóloga, Cuaderno de Campo, 14/06).

Aun así, si bien el CUD limita al sujeto encasillándolo, es posibilitador respecto a los derechos que le otorga.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM) es en ocasiones declarado responsable de la patologización de situaciones vivenciales.

En los centros de día, resulta interesante no conocer el diagnóstico del concurrente a los fines de no “encasillarlo” y trabajar con un sujeto como sujeto en sí. Sin embargo, en otros casos, es importante saber el diagnóstico o al menos los limitantes para adaptar las actividades o volverlas accesibles en el espacio de trabajo. (Acompañante Terapéutica, Cuaderno de Campo, 02/08)

A su vez, el diagnóstico avalado por tal manual otorga beneficios legales, laborales y de atención según la región que acaba por beneficiar al paciente. (Raventós Vorst y Contreras Rojas, 2017, p. 136). Esta dicotomía se refleja en algunas vivencias registradas durante la experiencia de prácticas.

Es el caso de Sonia, una de los concurrentes alrededor de 30 años quien a causa de “su retraso” podría tener que abandonar sus estudios en psicopedagogía (Psiquiatra, Cuaderno de Campo, 22/11).

Cabe preguntarse entonces cómo la mirada de la discapacidad como diversidad funcional se hace efecto en casos donde las limitaciones de los sujetos ejercen suficiente fuerza para prohibirles el desarrollo de sus objetivos. ¿No será entonces posible mediar herramientas que los faciliten? Como en el caso de la mencionada concurrente, que presenta gran interés en concretar sus estudios. Tal y como dice Schalock (1999, p. 4): “con unos apoyos adecuados a lo largo de un periodo de tiempo, la vida de una persona con retraso mental generalmente mejorará.”

La funcionalidad del diagnóstico en tanto polar coexiste aún en la interdisciplinariedad. Ciertos profesionales, como la psicóloga del Centro, sostienen que se intenta no focalizar la atención en el diagnóstico según el DSM. Sin embargo, el psiquiatra alega la presencia de diagnósticos específicos que son llave para el tratamiento.

Podemos encontrar retrasos leves, moderados y agudos; esquizofrenias, bipolaridad. Se menciona la amplia concurrencia de sujetos con esquizofrenia (Psiquiatra, Cuaderno de Campo, 14/06).

Entonces, se busca dilucidar cómo generar un balance en que no se esquematice al sujeto según un código. Aun así, se tome en cuenta lo registrado en tal manual para intervenir de manera propicia sobre cada caso.

El diagnóstico puede tornarse también limitante en temas de sexualidad. Por un lado, se han conceptualizado por patológicas las orientaciones sexuales diferentes a la heterosexualidad. Tal y como dicen Raventós Vorst y Contreras Rojas (2017, p. 135), “Tomar lo prescriptivo para definir lo patológico fue la razón para patologizar las orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual, hasta 1974.” Esto es retomando por Toboso y Guzmán (donde se cita a Rich, 2003) quien apela a la “heterosexualidad obligatoria” (p. 8). Si lo normal es la heterosexualidad, y la normalidad es también imperativa, pues eso es lo que el discurso médico tomará por cierto y buscará regir. Sin embargo, importa reconsiderar tal acepción desde el modelo social e invitar a la deconstrucción, corriéndonos del lugar de saber.

Posicionarnos como los dueños del saber invita al otro a posicionarse como víctima o vulnerable, lo cual acotará sus energías de superación y voluntad en el desarrollo de la autonomía, valor que se menciona como recurrente en Kruppel (Psicóloga, Cuaderno de Campo, 28/06).

Tabla 2

Tabla de Resumen Objetivo Específico 2.

La Influencia del Diagnóstico en el Planteo de Intervenciones	
Tipo de Diagnóstico	Sindrómico vs. Biológico vs. Nosológico
	Estructuras clínicas prevalentes

Características del Diagnóstico	Como llave terapéutica
	Limitante vs. Posibilitador

Finalidad de las Intervenciones

Un tercer objetivo se plantea describir las finalidades de las intervenciones. Las respuestas de los profesionales pueden agruparse según el enfoque de las intervenciones, así como según sus metas.

Enfoque de las Intervenciones

Individuales o Grupales. La experiencia de prácticas permite distinguir a las intervenciones, en primer lugar, según a quién se dirigen. Se encontró que las intervenciones pueden estar dirigidas a un grupo, o ser individuales.

Kruppal se propone brindar una asistencia integral, lo cual supone atender tanto en lo individual como en lo grupal (Psiquiatra, Cuaderno de Campo, 26/07).

Aun así, lo registrado en las prácticas permite entrever que se aspira más a un trabajo interdisciplinario y grupal. Esto coincide con lo planteado por Hernández Díaz et. al (2014). Los autores definen al taller como un espacio de aprendizaje o de trabajo artesanal en el que se busca producir actividades grupales con un sello personal, uniendo teoría y práctica. Tienen por fin posicionar a los receptores como sujetos activos frente a objetivos de salud (p. 41).

En Kruppal, sucede que los profesionales se desentienden de un trabajo individualizado respecto a sus pacientes. Esto no significa, igualmente, que no se tenga en cuenta la individualidad. Por el contrario, el espacio taller, que es herramienta fundamental del centro, pretende justamente ser individualizado.

Nos lo proponemos a los fines de promover no sólo contención en lo físico de brindar un espacio sino también un lugar de expansión de la creatividad, y por tanto de la subjetividad de cada uno de los concurrentes (Psicóloga, Cuaderno de Campo, 07/06).

Esto coincide con lo planteado por Cifré Carillo et. al (2020): “En todos los casos, se trata de activar intervenciones que apunten a diferenciar y subjetivar, restituyendo el saber y la decisión respecto de aquello que les es propio e íntimo, que los define.” (p. 82)

Un ejemplo de taller que reúne por fin ser individual y grupal es aquel armado por un terapeuta ocupacional, previo a la pandemia.

En el taller, los concurrentes proponían actividades que ellos elegían a sus compañeros. El objetivo del taller era trabajar en un desarrollo personal articulado a una experiencia grupal, donde los concurrentes asumieran un rol activo. Así, se construirían herramientas asociadas a la autonomía y organización, a la par que elaboraran un sentido de pertenencia respecto a la institución. (Cuaderno de Campo, 08/07)

También sucede en ocasiones que observaciones individuales dan lugar a actividades grupales. Tal es el caso de cierto concurrente al que se le observó una costra en la cabeza producto de suciedad. Tal es así que se le pidió al tallerista de AVD que trabaje el higiene.

Tal y como se registró en las prácticas, los profesionales convocan a una reunión de equipo cada lunes para exponer y conversar la casuística. En esas experiencias que pude vivenciar, los profesionales se preguntan que vienen a traer a cada concurrente y al grupo.

Se intenta desde el centro no meterse de lleno en la realidad del otro, sino más bien preguntarse cómo incomodar (Cuaderno de Campo, 28/06).

Las reuniones de equipo fueron muy enriquecedoras para conocer los razonamientos detrás de las intervenciones. Los profesionales se preguntan desde dónde posicionarse, evitando ser vistos como superhéroes; para dar lugar al sujeto activo respecto a su proceso.

Es pertinente referenciar lo que la teoría psicoanalítica, en compañía de lo explicitado por los profesionales, tienen para decir respecto a los métodos y fines de ambos tipos de intervenciones. Respecto a las intervenciones individuales, lo registrado indica que el centro de día Kruppal busca el trabajo con pacientes de tinte más neurótico, más funcionales. Sin embargo, el trabajo de la licenciada en psicología en Kruppal no es el de hacer análisis, sino más bien un acompañamiento. En ambos casos, tal y como dice Verdejo Nuño (2011), el centro de día se asienta sobre la lógica del taller como espacio y tiempo para tratar el malestar. (p. 14)

Ejemplo de la mencionada teoría es Sonia, una concurrente de alrededor de 30 años, sobre quien la licenciada declara que el Otro del Padre está completo. Así, el trabajo individual tanto como grupal apuntaría a agujerear o ablandar ese otro. Al notar que se torna difícil que ceda a los deseos e intereses del padre, el centro se propone intervenir ablandando las consignas que ellos emiten sobre la joven. Esto significa permitir la equivocación, la espera, la modificación.

Nos equivocarnos a propósito para instalar el error como posibilidad (Cuaderno de Campo, 27/09).

Otro caso a destacar es el de una mujer adulta, nueva en la institución al momento de la práctica. La mujer sufrió en cierta ocasión un ataque de origen desconocido, que provocó que sintiera que se le iban los ojos para atrás. La licenciada en Psicología optó por invitarla a leer.

Esta es una actividad que la concurrente había manifestado que la tranquilizaba, por lo que lo convertí en herramienta de intervención individual. También le preguntaba si

quería volver al grupo, intentando crear el deseo de grupalidad como espacio de soporte. (Psicóloga, Cuaderno de Campo, 15/11)

Un análisis realizado por el psiquiatra del centro termina por explicitar que la sensación que la mujer había vivenciado era producto de la medicación prescrita. Así, se entrecruza la importancia de conocer el diagnóstico y atender a la individualidad.

Metas de las Intervenciones

Lo vivenciado en la práctica permite diferenciar las intervenciones *según su meta*. El lector encontrará explicitada una clasificación entre intervenciones propuestas para crear una atmósfera deseante. También intervenciones planteadas para dar lugar a experiencias conmovedoras. Por último, se pensará a la intervención como herramienta de inserción social.

En toda ocasión, debemos y solemos intervenir según la necesidad y la demanda, independientemente del diagnóstico (Psicóloga, Cuaderno de Campo, 06/09).

Atmósfera Deseante. Lo registrado sobre el decir de la Licenciada en Psicología permite entrever que se propone al taller como espacio de construcción de una atmósfera deseante.

Se busca atender al deseo y prestar el propio, de manera que éste circule en el taller (Psicóloga, Cuaderno de Campo, 02/08).

Para tal fin, los Centros de Día utilizan, entre otros recursos, el arte y lo creativo para dar lugar a la trama vincular y a la inventiva creadora como expresión de lo subjetivo y subjetivante. Así, lo creativo asume el puesto de espacio transicional, dejando un espacio en el entre-dos, que exige activar intervenciones orientadas a la interacción. (Cifre Carrillo, 2020, p. 81)

Lo registrado en las prácticas permite afirmar que los sujetos pueden seleccionar a qué taller quieren asistir según sus intereses y afinidades con la propuesta y los demás asistentes.. Darles la libertad de elegir habilita la conexión del sujeto con su deseo, desde el cual reforzará su subjetividad; objetivo claro de los Centros de Día. Para ejemplificar a las intervenciones como creadoras de una atmósfera deseante, podría retomarse aquel taller de exposición de intereses que mencioné anteriormente. En este se buscaba, además, que los concurrentes den feedback al expositor, generando un plus de valor en autoestima; aportando también a la construcción de la autonomía.

Se generaba mucha expectativa respecto a qué se daría. Los concurrentes se mostraban deseosos de participar, tanto como protagonistas como oyentes. (Acompañante Terapéutica, Cuaderno de Campo, 08/07).

Experiencia conmovedora. Lo registrado en el espacio de prácticas permite entrever que la intervención de tipo taller pretende abrir espacio al objeto de transición. Este es un concepto psicodinámico, que busca ser mediación para socializar.

Los talleres, que se proponen como espacio transicional, facilitan la construcción de una experiencia conmovedora para sus usuarios (Psiquiatra, Cuaderno de Campo, 23/08).

En esta misma línea, me pregunto cómo construir un encuadre y una alianza positiva que no termine en dependencia. Se podría pensar que en un contexto virtual e incierto, los sujetos podrían identificarse con los profesionales y así generar un vínculo de dependencia para con ellos. Esto, evidentemente, poco propicio para los fines que se propone el Centro.

La función de lazo es, según declara la psiquiatra del Centro, objeto transicional de los talleristas hacia los concurrentes. Los primeros tienen por labor “empujar” los procesos de

socialización. Muchas veces, los concurrentes tienen tendencia al autismo y el centro tiene por objetivo evitar que se metan en sí mismos, prestando como objeto al lazo que conmueva la escena. A su vez, dicho fin podría decirse que empuja a la construcción de una atmósfera deseante, tal y como declaré en el primer apartado de esta sección.

En Kruppal se han ofrecido, durante la virtualidad, talleres para sobrellevar la cuarentena. Esto coincidiría con la intención de presentar intervenciones individuales y grupales que movilicen los sistemas.

Se hizo foco especialmente en la emocionalidad y las diferentes manifestaciones del padecer psíquico producto de la pandemia (Cuaderno de Campo, 20/07).

Lo registrado en el espacio de prácticas también deja entrever cómo el Centro de Día representa una experiencia conmovedora no sólo para concurrentes, sino para profesionales. Es cierto que las intervenciones apuntan a construir y modelar la subjetividad de los concurrentes. Sin embargo, encuentro que también observar y mediar en las intervenciones fue una experiencia conmovedora para mí, y asumo también lo es para los profesionales. El ejercicio de compartir las formaciones con una compañera no vidente me dio pie a atender a los detalles para intervenir. Esto mismo pude llevar a Kruppal, y aprender a involucrarme en la subjetividad de los concurrentes y conmover la mía también desde ese lugar.

Inserción Social. La inserción social como fin de las intervenciones se asocia como consecuente a las demás categorizaciones. Kruppal pretende construir una atmósfera deseante entre los concurrentes que, en tanto experiencia conmovedora, de lugar a la socialización y posterior inserción al medio. Esto es a su vez propuesto en el marco del modelo de diversidad funcional, que busca instaurar que toda práctica es plausible de ser ejecutada, aún por medios no

convencionales. (Toboso y Guzmán, 2009). Siguiendo esa misma línea, podría pensarse que las enfermedades mentales pueden prevenirse, tratarse y rehabilitarse como cualquier enfermedad física. Por supuesto, esta declaración no intenta engeguerse a condiciones y síntomas irremediables. Sin embargo, se propone la inserción social como finalidad de las intervenciones por cierto motivo. Este es colaborar en evitar el encasillamiento de los trastornos mentales en el modelo médico. Se busca construir un trabajo interdisciplinario que ponga foco en más de un área.

En Kruppel, los talleres tienen por lo general un fin teórico y otro práctico (Acompañante Terapéutica, Cuaderno de Campo, 02/08).

La educación, inserta en el marco de la prevención, es fundamental. Los talleres, en su sentido práctico, buscan generar experiencias conmovedoras. Unas que se alejen de lo teórico y se acerquen a la reconstrucción, construcción o recuperación de la subjetividad del concurrente sea de manera individual o grupal, en clima de atmósfera deseante.

Entre los talleres que se brindan para tal fin, uno responde a la musicoterapia, que es definida a continuación según la Federación Mundial de Musicoterapia (1996). Según este organismo, citado por Gómez Romero et. al. (2017, p. 254) la musicoterapia es la utilización de la música y sus elementos, a manos de un musicoterapeuta profesional, con un paciente/s, en un proceso diseñado para ciertos fines. Estos apuntan a promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos significativos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas.

Tal definición es ejecutada en Kruppal por cierta acompañante terapéutica que ejerció la labor de tallerista y AT en musicoterapia durante mi participación en el Centro. Durante las llamadas telefónicas, la AT menciona hacer elecciones musicales individualizadas a cada concurrente.

Trabajar con la historia de cada sujeto, permite trabajar con la escucha de cada subjetividad individualizada (Acompañante Terapéutica, Cuaderno de Campo, 11/10).

En este mismo registro, la profesional da el ejemplo de su trabajo con cierto concurrente. Tal hombre estaba internado, al momento de la entrevista, en una Casa de Medio Camino. La AT se propuso componer con él una canción a modo de autobiografía. El concurrente se había exiliado de la Dictadura, y la musicoterapeuta se propuso reconstruir la subjetividad del sujeto desde la música.

Otro taller, central para mi práctica, es el de actividades de la vida diaria. Este es dictado por un acompañante terapéutico los días lunes, y se enfoca en brindar herramientas para sobrellevar la cotidianidad. A mayor autonomía en las actividades cotidianas, mayor inserción social.

En él, se refuerzan actividades que apuntan al desarrollo y manejo de dinero, higiene, compras, agendas (Cuaderno de Campo, 14/06).

La interacción social como finalidad de las intervenciones puede registrarse en todos los talleres que ofrece el centro. También puede mencionarse, a modo de ejemplo, el taller de lectoescritura que propuso la trabajadora social a finales de la práctica. Desde sus inicios, la idea de un taller de tales características resultaba desafiante. La trabajadora social debía encontrar un balance entre las posibilidades varias que los concurrentes muestran en estas dos habilidades. La

primera intervención que se propuso consistió en la lectura compartida de un cuento infantil. En tal, los dos personajes principales atravesaban una misma situación desde ópticas diferentes. El niño que buscaba a su mascota se mostraba ansioso y frustrado, mientras que el pato, segundo protagonista, atravesaba la aventura con diversión y alegría.

Tras la lectura por turnos de ambas historias, la trabajadora social preguntó a los concurrentes con cuál de los dos personajes se identificaban (Cuaderno de Campo, 08/11).

Resulta más que interesante entender la manera en que los profesionales logran acceder a la subjetividad de cada concurrente, ignorando sus capacidades; a la par que construyen atmósferas deseantes que propicien espacios de interacción social.

Tabla 3

Tabla de Resumen Objetivo Específico 3.

Finalidad de las Intervenciones	
Enfoque de las Intervenciones	Individuales vs. Grupales
	Atmósfera Deseante
Metas de las Intervenciones	Experiencia Conmovera
	Inserción Social

El Abordaje Virtual

Finalmente, el cuarto y último objetivo específico se propone analizar las fluctuaciones en el planteo de intervenciones a partir del inicio del abordaje virtual. Tras el análisis de las respuestas, se pueden reconocer cuatro categorías específicas.

Virtualidad como Experiencia

Por un lado, se reconoce la *virtualidad como experiencia*. Experiencia en tanto interacción concurrente – profesionales; experiencia en tanto concurrentes – convivientes. La teoría psicoanalítica viene a colaborar en la explicitación de la virtualidad como alternativa. Si es alternativa, es tal para el encuentro. Sin embargo, la reflexión sobre lo vivido permite reconocer que el encuentro no es convencional. Tal y como aporta Díez García et. al. (2020, p. 762), la pantalla es actualmente parte central de nuestra identidad y de nuestro ser social. Es a partir de ella gestionamos nuestro yo y nos comunicamos y relacionamos con los demás. Entonces, cabe interrogarse las modalidades de interacción puertas adentro del Centro.

En la virtualidad, importa determinar quién demanda a quién (Psicóloga, Cuaderno de Campo, 02/08).

La psicóloga explicita qué tan interesante es reconocer cómo y si los concurrentes demandan a los profesionales. Interesa ver si en realidad son siempre los últimos los que interpelan a los primeros, y cómo esto varía en la experiencia de la virtualidad.

Durante la virtualidad, se accede al psicoanálisis según dispositivos tecnológicos, a los que Agamben (2007, citado en Aryan et. al, p. 63) define como “cualquier cosa que tenga, de algún modo, la capacidad de capturar, determinar, orientar, interceptar, moldear, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivientes.” Cabe

interrogar el nivel de dificultad que el acceso y el manejo de tales dispositivos desafía a los concurrentes e involucra a sus convivientes/cuidadores. En este sentido, es ejemplificación Adrián. El concurrente, al tener un tono de voz bajo y poco claro, se ve perjudicado por las comunicaciones interpersonales online; aspecto que se vuelve más claro en la presencialidad.

Tal y como dice López Zepeda (2020, p.168): “los límites entre la locura y la cordura son difíciles de diferenciar. La cuestión de distinguir los límites entre lo normal y lo patológico se complejizó aún más con la pandemia”. En este caso, se ejemplifica con aquellos concurrentes que abandonaron o disminuyeron su participación en el Centro durante la pandemia. A su vez, muchos concurrentes fueron hospitalizados durante tal etapa, a raíz de las desestabilizaciones que esta etapa trajo consigo en tanto experiencia disruptiva.

Así también, es posible encontrar ciertos aspectos positivos a la inserción de la virtualidad como experiencia posible. Este aspecto será retomado en el próximo apartado, que explicita la virtualidad en tanto posibilidad.

Lo positivo de las comunicaciones telefónicas es poder acceder a la rutina de los concurrentes y encontrar en sus discursos aspectos que pueden tener que ver con lo emocional y pueden ser trabajados en las conversaciones (Psicóloga, Cuaderno de Campo, 05/07).

Virtualidad como Posibilidad

La experiencia de prácticas permite también pensar la virtualidad *como posibilidad*. Para tal fin, importa que el psicoanálisis en tanto teoría y práctica, esté a la altura de las necesidades del momento sociohistórico. Tal y como menciona Carlino (2014), “el psicoanálisis, para continuar teniendo vigencia, debe estar siempre preparado para avizorar lo nuevo y, a su vez,

poder percibir la necesidad de su propia renovación, pues “lo nuevo”, desde siempre, estuvo, está y estará incluido potencialmente en él.” (p. 179). El método psicoanalítico es pensado por la mencionada autora como herramienta-puente entre analista y analizado. Si bien en Kruppal se ha explicitado que la Licenciada en Psicología no analiza a los concurrentes, los factores a tener en cuenta se sostienen para reconocer posibilidades, limitaciones; ansiedades y defensas. La tecnología como medio para tal puente puede presentar ciertas ansiedades. Sin embargo, estas pueden ser puerta a aspectos a retomar durante los encuentros, tanto individuales como grupales. Encontrar ansiedades repetidas puede dar lugar a la construcción de una atmósfera deseante, y así habilitar la interacción social. Una de las ansiedades más registradas durante el espacio de prácticas fue aquella generada por los momentos de silencio en las videollamadas. El silencio que es parte del ritmo natural en persona, dice Fainstein (2020), está alterado por las ansiedades que genera la tecnología; acentuando la necesidad de ser performativo (p. 15).

La virtualidad es también posibilidad en tanto habilita el lazo social. Psicoanálisis mediante, los profesionales del Centro de Día Kruppal han dejado entrever su utilidad. Tomando los aportes de López Zepeda (2020, p. 169), se puede considerar al psicoanálisis como vía regia para sembrar la esperanza en la palabra, la transformación interna y el establecimiento de nuevas y mejores relaciones entre nosotros. La experiencia me permite suponer que tal método en tanto habilitador del lazo social aplica tanto para estructuras neuróticas como psicóticas.

El lazo social es especialmente habilitado por la virtualidad con sujetos que no pueden o eligen acercarse a la institución de manera presencial. Tal y como aporta Díez García et. al (2020, p. 760), las pantallas y las conversaciones digitales son, para muchas personas, la única posibilidad de interactuar con los demás. En Kruppal, por ejemplo, cierto concurrente tuvo que mudarse de domicilio. Esto complicaba su acercamiento a la institución de manera presencial.

La virtualidad se presenta para él como posibilidad de encuentro con los profesionales y los demás concurrentes, en vistas a la construcción de un lazo social; del cual se vio forzado a separarse en el barrio anterior donde vivía (Psicóloga, Cuaderno de Campo, 13/09).

En asociación a lo explicitado por los profesionales del Centro, la virtualidad habilita el encuentro con los concurrentes en contexto. A través de la tecnología, se encuentra un modo de apertura al intercambio de actividades con los usuarios y sus familias en conjunto. Se entra a la casas, buscando acompañar y apoyar. (Guerschberg y Rubinowicz, 2021, p. 283).

Virtualidad como Quiebre

Según lo experimentado durante el espacio de prácticas, también puede pensarse la *virtualidad como quiebre o ruptura*. En los inicios de la concepción de virtualidad como opción al tratamiento, “habilitar la vía telefónica fue considerado por algunos como una solución maníaca y negadora de dicha imposibilidad al evitar la elaboración del duelo para aceptar el “juicio de realidad.” (Carlino, 2014, p. 184). Dice el mismo autor que las personas que no pueden, quieren o rechazan esta posibilidad, se acercarían a una situación de un paulatino retraimiento social, con conciencia o no de ello. (p. 176) En esta misma línea, se busca pensar medios y convenciones según las cuales la virtualidad aparezca como puente, tal y como se explicitó anteriormente.

La virtualidad es quiebre no sólo para aquellos que no pueden o eligen conectarse, sino también en sentido del a quién es dirigida la intervención. Retomando a Guerschberg y Rubinowicz (2021, p. 283), la virtualidad ha variado los receptores de las intervenciones. Ahora

también interesa pensar cómo las recibirán los convivientes de los usuarios. También podría suceder que se modifique la dinámica familiar en tanto el centro se mete en el hogar.

La esposa de J se enoja cuando él se demora en responder a las consignas (Acompañante Terapéutica, Cuaderno de Campo, 12/07).

Esto coincide con lo que plantea Cifré Carrillo et. al (2020). El entorno social – familiar suele cimentar un posicionamiento donde los concurrentes son los niños o bebés de la casa. Así, el centro de día tiene por fin visibilizar su condición de adultos. Para ello, deben enfrentarse a la visual de los convivientes, que pujan por evitar que tal modificación se dé (p. 80). También la virtualidad ha atentado contra la posibilidad de acompañar a los concurrentes en el modo en que se hacía de manera presencial.

La virtualidad impide ayudar a los concurrentes en las actividades manuales que por lo general suponen las propuestas (Cuaderno de Campo, 08/07).

Fainstein (2020, p. 10) retoma a Benkayar (2016) para decir que: “La pandemia de COVID-19 es indudablemente una situación disruptiva pero no necesariamente traumática, aunque muchas veces devenga en ello.” Con esto se pretende explicitar que la pandemia rompe con lo previamente construido, aunque será traumático en tanto subjetivamente así lo experimente el sujeto. Esto, a su vez, justifica la posibilidad de pensar a la virtualidad en los polos posibilidad- quiebre. Para ciertos concurrentes, la virtualidad fue un medio de construcción de algo nuevo y positivo, mientras que otros se vieron debilitados por tal proceso.

El Centro hizo foco especialmente en la emocionalidad y las diferentes manifestaciones del padecer psíquico producto de la pandemia (Acompañante Terapéutico, Cuaderno de Campo, 19/07).

Los profesionales, en el mismo registro, mencionan el término “temporalidad circular”. Con esto pretenden referenciar a la vivencia del tiempo como círculo vicioso en el que no se encuentra ni puede anticipar la salida, o retorno a la normalidad.

La temporalidad circular genera desazón e incertidumbre, hay eventos que se pierden para siempre y hay que saber sobrellevar esa falta (Acompañante Terapéutico, Cuaderno de Campo, 19/07).

La experiencia de prácticas durante su fase virtual implicó ver a los profesionales siempre con máscaras y barbijos. Desde los inicios, me pregunté qué lugar ocupa el cuerpo del otro en la escena. Cuál es la trascendencia de las miradas y las expresiones, el contacto físico. ¿Son acaso estos parámetros fundamentales a la hora del encuentro con el otro? En un principio, las interacciones eran puramente virtuales.

Ante la ilusión del encuentro presencial, los concurrentes se encuentran con los profesionales mediante pantallas plásticas y barbijos, simulando robots (Psiquiatra, Cuaderno de Campo, 31/05).

El Rol del Cuidador

Por último, creo es crucial atender al *rol del cuidador en la virtualidad*.

En el contexto de pandemia, la intención de cuidar al cuidador se ha asentado incluso más. Las videollamadas permiten un encuentro más directo y acabado de las dinámicas puertas para adentro, que quizás cuando los sujetos asistían al centro de día no se podía ver. (Trabajadora Social, Cuaderno de Campo, 28/06)

Ante esto, la escucha analítica basada en la atención flotante y la neutralidad se tornan difíciles. (Fainstein, 2020, p. 12). Con esto, se presenta el interrogante de cómo mediar las interacciones con los concurrentes y sus cuidadores, evitando la mixtura conflictiva entre ambas subjetividades.

Los centros de día se proponen, entre otros objetivos, cuidar del cuidador. Tal y como dice Zuñiga et. al (2014, p. 194), tienen como objetivo compartir las tareas de atención de los concurrentes, evitando o postergando la institucionalización. Posicionados sobre un modelo social, se entiende que en un contexto de aislamiento, el concurrente requerirá ser asistido aún más en su hogar.

Cierto concurrente ha sido institucionalizado por un tiempo. Al retomar Kruppal, él nos dijo que fue por una pelea con sus hermanos. Sin embargo, lo cierto es que estuvo internado por un accidente que podría haber ocasionado pérdidas de memoria. (Psiquiatra, Cuaderno de Campo, 12/07)

Queda en evidencia la trascendencia en que la institución medie e intervenga en el sistema del sujeto. Si los profesionales de Kruppal no buscaran cuidar del cuidador, probablemente no hubieran accedido a esa información, ni tampoco mediado en su intervención.

Ante concurrentes con diagnósticos de psicosis, es importante atender a la ya mencionada diferencia en los mecanismos operativos de neurosis y psicosis, para así también notar la diferencia en la simbolización de la pandemia. López Zepeda (2020) dice que en el neurótico aparecerá la angustia ante la pandemia y la desesperación por estar confinado (p. 168). En la psicosis, el autor cita a Green (2003) para decir que la psicosis se reconoce por su dificultad para hacer ligazones y por el vacío de pensamiento. (p. 169). Retomando al contexto institucional,

Kruppal se propone trabajar con concurrentes de tinte neurótico, o estabilizados. Es así que la pandemia se presenta como desafío para atender las desregulaciones en los tratamientos que los sujetos presentan.

En ocasiones ha ocurrido escuchar casos en que pacientes medicados han visto alterado su calendario de medicación a manos de sus cuidadores. En estas circunstancias, es desafío para los profesionales mediar las intervenciones accediendo a los cuidadores también. De este modo, se espera de ellos que medien intervenciones contextuales para que se cumplimente lo esperado en cada caso. Es eje del centro atender a los concurrentes, aunque no sólo ello.

Es importante respetar también la mirada del grupo conviviente. Entender que la mirada psicológica está en el centro y no se puede esperar, aunque sí colaborar en construir, que su familia o cuidadores comprendan que en ocasiones es contraproducente perpetuar ciertas conductas, o posean las energías y/o herramientas para disminuirlas. (Psicóloga, Cuaderno de Campo, 05/07)

Tal es el caso de Hernán, quien tiene diagnóstico de esquizofrenia, y por tal escuchará voces toda su vida. En su casa, ello está ligado a lo patológico, por lo que piden que se le aumente la medicación. En el caso de Hernán, los profesionales han intentado mediar conversaciones e intervenciones que apunten tanto al concurrente como a su familia. En el primero, se busca estabilizarlo; mientras que con los segundos, se busca la racionalización de la patología y el duelo sobre lo irremediable.

Tabla 4

Tabla de Resumen Objetivo Específico 4.

El Abordaje Virtual

Virtualidad Entendida Como

Virtualidad Como Experiencia

Virtualidad Como Posibilidad

Virtualidad Como Quiebre

Rol del Cuidador

CONCLUSIONES

A continuación, se presentarán las conclusiones que se dilucidan a partir de la experiencia de prácticas profesionales supervisadas en el contexto clínico y la elaboración del trabajo final. Se comenzará por exponer las conclusiones vinculadas al objetivo general y los objetivos específicos del trabajo. Luego, daré lugar a las reflexiones finales, producto de los aprendizajes adquiridos en el espacio de práctica.

El presente documento ha sido escrito tras la experiencia de prácticas realizada en el Centro de Día Kruppall, ubicado en la zona norte de la Ciudad de Córdoba, de Mayo a Diciembre del año 2021. En un contexto institucional de atención a sujetos con discapacidad, se despierta el interés por atender al rol del psicólogo respecto a la discapacidad, así como a la grupalidad. Es así que el objetivo general del presente trabajo es caracterizar las intervenciones realizadas por profesionales en un centro de día para personas con discapacidad de la ciudad de Córdoba. Para ello, se propusieron cuatro objetivos específicos. Estos pueden entenderse como guías para alcanzar aquel objetivo general, en base a lo experimentado en las prácticas y el marco teórico seleccionado.

El primer objetivo específico fue indagar el alcance del concepto de discapacidad en el planteo de intervenciones en Kruppall, un centro de día para personas con discapacidad. Tal objetivo se sub-analizó según las formas de concebir la discapacidad, las referencias a la persona y las referencias al contexto.

Lo experimentado en las prácticas permite determinar que el centro de día Kruppall sostiene una mirada hacia la discapacidad en tanto diversidad funcional. Con esto, busca alejarse del concepto de discapacidad como limitación, óptica muy combatida aunque muy presente en la sociedad. Aun así, la discapacidad como concepto burocrático se hace presente en el espacio de

prácticas en tanto se promueve que los concurrentes accedan a un CUD. Se reconoce que la experiencia de evaluación a la que deben enfrentarse no es óptima. Sin embargo, los profesionales reconocen que la gran mayoría de los concurrentes pueden acceder al servicio en tanto es gratuito por el CUD. Así también, este certificado unifica las diferentes variaciones de lo considerado discapacidad. En el centro, prima la presencia de concurrentes con diagnósticos de salud mental por sobre aquellos con diagnóstico de discapacidad física.

El sub-análisis de la discapacidad según su referencia a la persona, permite construir una conclusión en común. El contexto sociohistórico modula consigo la manera en que se piensa la discapacidad. El modelo médico hegemónico pone el eje sobre la persona en tanto cuerpo biológico. Kruppall, en cambio, se propone mirar desde el modelo social. Desde allí, busca entender que la discapacidad lo es en tanto inserta en un contexto que limita el pleno ejercicio de las facultades y derechos del paciente.

Como segundo objetivo específico, se propuso describir la influencia del diagnóstico en el planteo de intervenciones. Los profesionales de Kruppall piensan y ejecutan las intervenciones según un análisis que toma en cuenta tanto diagnóstico sindrómico, como biológico y nosológico. De este modo, se toma en cuenta no sólo el diagnóstico clínico y codificado, sino también cómo ese se hace presente en la personalidad del concurrente. De este modo, se busca amalgamar el concepto de discapacidad en tanto individuo y en tanto contexto. Me pregunto, en esta línea: ¿Cómo intervenir, desde el centro, en el plano social de la discapacidad? Propongo, en esa línea, que las actividades propuestas en los espacios de taller tengan apertura a la sociedad que circunda a los concurrentes. De este modo, no sólo se propiciaría la construcción del lazo social de concurrentes a contexto, sino también al revés.

Por otro lado, la propuesta de pensar la clínica desde el psicoanálisis permite diferenciar entre psicosis y neurosis. En el centro de día Kruppall priman los concurrentes con caracterología psicótica, especialmente con diagnósticos de esquizofrenia. Encuentro que es un desafío pensar intervenciones que medien ambas estructuraciones en un mismo espacio de taller o intervención. Quizás, este sería un tema a proponer como eje en futuras experiencias de prácticas en centros del estilo. ¿Acaso sería más beneficioso intervenir según estructura? ¿O será más enriquecedor la mixtura para la construcción del sentimiento de pertenencia?

El diagnóstico a su vez, fue diferenciado en la polaridad limitante o posibilitador. La articulación teórico-práctica deja en evidencia una conclusión reveladora. Conocer la estructuración psíquica del sujeto y la caracterología que se apunta a cada diagnóstico no es más que facilitador de intervenciones propicias a cada sujeto en su individual. Esto mismo se hace efectivo en tanto los profesionales, desde un modelo social, se esfuerzan por conocer la individualidad y no sólo encasillarse en la clasificación nosográfica, en tanto esta se tornaría limitante al accionar del sujeto en sociedad y viceversa.

Así también, se encontraron diferencias entre las opiniones de los profesionales en cuanto a qué tan efusiva debería ser la atención sobre el diagnóstico en tanto código. En ocasiones puede suceder que “encasillar” al concurrente lleva al profesional a pensar intervenciones que en lo oculto limitan la potencialidad de acción de aquel sobre quien se piensa. Ahora bien, sería bueno pensar qué tan perjudicial es también ignorar el diagnóstico. ¿Podría la formación del psicólogo incluir herramientas para mediar tal encasillamiento?

En tercer lugar, se planteó como objetivo específico describir las finalidades de las intervenciones. El centro de día Kruppall piensa las intervenciones de modo grupal e individual.

Esto se encontró como una característica positiva en tanto permite el despliegue de la singularidad del concurrente, a la vez que lo insta a compartir con otros. Si bien la individualidad es valorada, es cierto que la mayor parte del día las actividades se plantean como grupales. Sin embargo, se piensa el ejercicio de las actividades según cada individuo que participará. Es decir, la actividad está unificada a todos, pero la intervención in situ se corre de la directiva literal a una amalgama de posibilidades de llevarla a cabo según las posibilidades de cada concurrente. Sería bueno indagar, en futuras instancias, qué factor influyen mayormente en el planteo de aquellas actividades. A su vez, propondría que tales factores sean promotores de crear grupos por turno que beneficien la experiencia.

El espacio de prácticas permitió dilucidar diferentes metas en las intervenciones. En tanto búsqueda de una atmósfera deseante, los profesionales se esforzaron en que las actividades tengan por fin envolvente lograr un sentido de unidad y sociedad. Así, se busca la motivación para la participación social, objetivo primordial de los centros de día. La mencionada atmósfera deseante representa también una experiencia conmovedora, en tanto logré ver que las intervenciones apelaban a que los concurrentes se movieran de un lugar pasivo a uno activo respecto a su lugar en el grupo, en sus familias y en la sociedad. Tal conclusión acompaña a la tercera meta dilucidada, la inserción social. Insertos en una atmósfera deseante que conmoviera el lugar pasivo que usualmente se les asigna, promueve la voluntad de llevar tal sentimiento de pertenencia a las afueras y así lograr un papel activo en el contexto que los rodea. Si bien este trabajo no se propuso pensarlo, sí sería interesante investigar cómo la sociedad interactúa con los sujetos con discapacidad, y su impacto.

Por último, se propuso analizar las fluctuaciones en el planteo de intervenciones a partir del inicio del abordaje virtual. En primer lugar, las intervenciones se vieron atravesadas por la

experiencia de la virtualidad. En este punto, Kruppall hace foco en lo virtual como espacio de encuentro. Sin embargo, el marco teórico ayuda a entender que tal encuentro está mediado por fantasías y síntomas entremezclados entre la novedad de lo tecnológico y el residuo del encierro propio de la pandemia. Sería propicio estudiar los efectos de la pandemia una vez retomado el ritmo de la sociedad sin pandemia o aislamiento. ¿Habrá incluso beneficios de aquella experiencia?

Lo vivenciado en las prácticas permite pensar la virtualidad como posibilidad de sostener y reforzar el lazo social que es meta del centro de día. La virtualidad se hace puente entre los concurrentes que asisten de manera virtual y los presenciales. Se establecen también dinámicas duales con los profesionales, y la posibilidad de estos de acceder a la dinámica familiar. Esto, a su vez, se convierte en herramienta para la intervención. El acceso al contexto sería, según lo observado, factor facilitador para que los profesionales medien tanto con los concurrentes como con sus familias. Así, se registra la ideación de intervenciones detalladamente ligadas a los intereses y necesidades de los concurrentes en contexto. Me pregunto qué otras medidas se podrían haber utilizado para instar aún más a la participación de los cuidadores en los espacios de encuentro.

Si bien la virtualidad es posibilitadora, también pudo delimitársela como una experiencia de quiebre. En primer lugar, se notó el descenso de participación de los concurrentes en las actividades que se propusieron de manera virtual. Esto se debe, considero, a más de un factor. Primero, pienso que el acceso a la tecnología y sus usos es limitante para que los concurrentes accedan a las videollamadas. En esta línea, se descubrió que algunos concurrentes, aunque asistían, lo hacían acompañados de algún familiar/cuidador. Esto último, se descubrió que era perjudicial para el ejercicio de la autonomía del concurrente, su sentimiento de pertenencia a la

institución y su privacidad. Por último, la participación de los concurrentes estuvo limitada a raíz de las ansiedades que el encuentro virtual pudiera generar. Se pudo ver que algunos concurrentes actuaban de manera más reservada y silenciosa en lo virtual que lo que hacían en lo presencial cuando se acercaban a la institución. Esto, aunque hipótesis, se considera que fue a raíz de las ansiedades y defensas que pudieran presentarse en el contacto virtual con otros concurrentes, así como la ausencia de la corporalidad.

En consideración a los efectos de la pandemia, se analizó también el rol del cuidador. Tras participar del espacio de prácticas, puede concluirse que el centro de día Kruppall se ha esforzado de manera activa y continua en cuidar del cuidador. El Centro propuso en reiteradas ocasiones espacios de encuentro con los familiares y cuidadores. Estas, a su vez, interesa relevar que fueron tanto espacios formativos como recreativos, apelando a una mirada social, siempre sostenida en el centro. Se entiende, entonces, que atender a lo contextual es sumamente necesario a la hora de pensar la salud integral del concurrente.

Se denotan dos polos respecto al lugar del cuidador. Por un lado, se ha visto que concurrentes han sido beneficiados por las intenciones y medidas de sus cuidadores. Sin embargo, en otros casos los primeros representan factores de riesgo para el concurrente. De ello son ejemplos cuidadores que se negaban a medicar al concurrente según se establece, a permitirles participar de las actividades presenciales o bridarles el soporte necesario para continuar con las expectativas del centro. Entonces, ¿Cuál es el límite como institución frente a las falencias en el cuidado considerado propicio?

La experiencia de prácticas en el centro de día Kruppall ha sido demás enriquecedora en más de un plano. En lo profesional, por la oportunidad de experimentar el rol del psicólogo

clínico en lo individual y en lo grupal. En lo personal, por enriquecerme de la socialización con profesionales y concurrentes. Por aprender de ellos, con ellos, de mí. Por abrir paso a una nueva manera de pensar la discapacidad, la manera en que apporto a la construcción de una sociedad justa e igualitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel et.al. (2001). Breaking bad news – development of a hospital-based training workshop. *The lancet oncology*, 2(6), 380-384.
- Abromovich, G; Bustin, J; Fassio, A; Matusevich, D; Roque; Szulik, J. (2007). Instituciones en Psicogeriatría. *Revista Argentina de Psiquiatría: Vertex*, XVII, (76), 463-466.
- Alfaro-Rojas, L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista Cosarricense de Psicología*, 32(1), 60-71.
- Ardila, A. y Otrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*.
- Aryan,A., Briseño, A., Carlino, R., Estrada, T., Gaitán, A.,& Manguel, L. (2015). Psicoanálisis a distancia. Un encuentro más allá del espacio y del tiempo. *Calibán*, 13(2), 60-74.
- Bareiro, J. (2017). Consideraciones éticas en torno al uso del diagnóstico en salud mental: aportes de la “pequeña ética” de P. Ricoeur. *Anuario de Investigaciones*, XXIV, 215-220.
- Baglivo, S.; Casajus, J.; Núñez, M.; Ponce, M.; Seguro, M. (18 a 21 de Noviembre de 2010). Taller de radio en la La Casa. IX Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos. Clínicas: Lógicas colectivas, devenires, resistencias.
- Brogna, P. (2006). El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. *Cad ESP, Ceará*, 2(2), 7-11.
- Carlino, R. (2014). Reflexiones actuales sobre el psicoanálisis a distancia. *Revista de la Sociedad argentina de psicoanálisis*, (18), 173-197.
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.). 10 de abril de 1999.

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Nueva York y Ginebra, 2008.
- Clusa, J. (2005). El centro de día como servicio intermediario. *Revista de Educación Social* (3).
<https://eduso.net/res/revista/3/recursos/el-centro-de-dia-como-servicio-intermediario>
- Díez García, R., Belli, S., & V. Márquez, I. (2020). La COVID-19, pantallas y reflexividad social. Cómo el brote de un patógeno está afectando nuestra cotidianidad. *Revista Española De Sociología*, 29(3), 759 - 768.
- Durán Maseda, M.J., Paz Silva, E., Portillo Diez, J. (2012). Centro de día como medio para evitar ingresos. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*, (10), 23.
- Fainstein K, A. (2020). Psicoanálisis en tiempos de pandemia. *Revista Psicoanálisis*, 25, 10-18.
- FePRA (14 de Marzo de 2020). *Reflexiones y sugerencias ante la pandemia*. Federación de Psicólogos de la República Argentina. <http://www.fepra.org.ar/feprav3/declaraciones>
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEPA) (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>
- García Ibáñez, J., Feliu, T., Usón, M., Ródenas, A., Aguilera, F., Ramo, R. (2009). Trastornos invisibles, las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 40(230), 38-60.
- Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E.M., González-López-Arza, M. V. (2017). Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: A systematic review. *Sociedad Española de Neurología (English Edition)*, 32(4), 253-263.

- Guerschberg, K. y Rubinowicz, G. (2021). Colaboración ubicua en un centro de día para personas con discapacidad intelectual en contexto de covid19. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 5(1), 276 – 286.
- Haz, A; Díaz, V y Mirra 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), 1-7.
- Hernández Díaz, J., Paredes – Carbonell, J.J., Marín Torrens, R. (2014). Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *ElSevier Doyma*, 46(1), 40 - 47.
- Jara, O. (2011). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos / Entrevistado por Periodista. *Revista Decisio*, (28), 67.
- Juárez, A. R. (2016). Lightner Witmer Y La Primera Clínica Psicológica De Niños De Estados Unidos. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Kaplan, C. (2006). *La inclusión como posibilidad*. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.
- Lagache, D. Obras III: De la homosexualidad a los celos. Psicología y método clínicos. Otros estudios (pp. 141-156). Buenos Aires: Paidós.
- Lago, L. (comp.) (2013). El taller como dispositivo en salud. Guía teórica-práctica para talleristas. Buenos Aires: Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones.

Ley N° 7.106. Disposiciones para el ejercicio de la Psicología. Córdoba, 27 de Septiembre de 1984.

Ley 23.227. Ejercicio Profesional de la Psicología. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 6 de Noviembre de 1985.

Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 19 de Noviembre de 2009.

Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 2 de Diciembre de 2010.

Lillo S., S. (2014). El proceso de comunicar y acompañar a los padres y al paciente frente al diagnóstico de discapacidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 372-379.

López Rosales, S. A. (2014). Neurosis y Psicosis. Universidad Hispanoamericana.

López Zepeda, A. G. (2020). Locura y psicosis ante la contingencia del COVID-19. *Revista de Psicoanálisis de Guadalajara*; 14(14): 167-169.

Lurhmann T. (2001). Of two minds: An anthropologist look at American Psychiatry. Vintage Books.

Martínez Guzmán, C. (2020). Intervención y terapia en crisis en tiempos del Coronavirus. Centro de estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia udp. Santiago, Chile.

Menéndez Osorio, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 18(65), 145-150.

- Molina, R. (s/f). El “Hospital de Día”, una posibilidad de alojar locura en nuestros días. *IPSE Salud Mental*. El "Hospital de Día", una posibilidad de alojar locura en nuestros días - IPSE Salud Mental (ipsesm.com.ar)
- Moscoso, M. (2010). Tirar la piedra y esconder la mano: el lenguaje de lo políticamente correcto en la discapacidad. *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 4(2).
- Navas, P., Verdugo, M.A., Gómez, L. E. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 143-152.
- Nemirovsky, C. (2004). Encuadre, salud e interpretación. Reflexiones alrededor de los conceptos de D.Winnicott. *Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 26(1).
- Núñez, B. (2013). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Arch Argent Pediatr*, 101(2), 133-142.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma Ata, Atención Primaria de la Salud. Ginebra, URSS.
- Padilla Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 16, 381 - 414.
- Pallisera Diaz, M. y Rius Bonjoch, M. (2006). ¿Y después del trabajo, qué? Más allá de la integración laboral de las personas con discapacidad. *Revista de Educación*, 342, 329 – 348.
- Pérez de Maza, T. (2016). Sistematización de experiencias en contextos universitarios. Guía Didáctica. Caracas: Universidad Nacional Abierta, Ediciones del Vicerrectorado Académico, febrero de 2016.

- Perrotta, G. (2014). El Rol del Psicólogo en el Equipo Interdisciplinario de Salud en Cuerpo y Subjetividad, Grande, E. et al, Trimboli, A. (comp.), AASM (Serie Conexiones), 373-375.
- Raventós Vorst, H y Contreras Rojas, J. (2017). El diagnóstico en psiquiatría: una discusión teórica y práctica para el abordaje clínico. *Acta Médica costarricense*, 59(4).
- Rodríguez Díaz, S. y Ferreira, M.A. (2009). Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la dis-capacidad. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 28(1), 151-172.
- Ríos Bustos, M.E. (2011). La actividad creativa como promotora de la salud mental. Un estudio longitudinal. *Vertientes*, 14(2).
- Rodríguez Cabrero, G., Marbán Gallego, V., Rodríguez Rodríguez, P. (2005). *Los centros de día. Aproximación a la experiencia internacional y española*. Editorial Pfizer.
- Soave, M. y Juaneu, L. (2018). Entrevistas de admisión: implementación y características teórico técnicas. *Revista Temas*, III(12), 35-45.
- Soldevila Benet, A. y March Llanes, J. (2002). Nivel de salud y autonomía en los Centros de Día para mayores. *Revista Mult Gerontol*, 12(1).
- Salomone, G. Z. (2008). Variables jurídicas en la práctica psicológica. Las problemáticas éticas del diálogo disciplinar. En Y. Di Nella, (Comp.), *Psicología Forense y Derechos Humanos*. Vol. 1: la práctica profesional psicojurídica ante el nuevo paradigma jus-humanista. Buenos Aires: Koyatun Editorial.

- Schalock, R. L. (1999). Hacia una nueva concepción de discapacidad. III Jornadas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Universidad de Salamanca – Salamanca, España.
- Toboso, M. y Guzmán, F. (2009). *Diversidad funcional: hacia la deconstrucción del cuerpo funcionalmente normativo*. Simposio: Cultura, cuerpo, género: incorporar la desigualdad. Instituto de Filosofía, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, Madrid, España.
- Ulloa, F (1970). El método clínico en Psicología. [Ficha de cátedra]. Facultad de Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Católica de Córdoba.
- Urribarri, F. (2012). André Green. El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciario. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, (114), 154 – 173.
- Verdejo Nuño, M. (2011). Una solución particularizada: un problema – un taller. *Norte de salud mental*, IX(40), 13-18.
- Zuñiga, T.; Trujillo, Z.; Cortés, G.; Acosta, I. y Sosa, A. L. (2014). Impacto de los programas de estimulación en adultos mayores con demencia que asisten a un centro de día. *Revista Archivos de Neurociencias*, 19(4), 192- 198.