



EDUCACIÓN, SALUD Y DISCAPACIDAD

GUSTAVO GARCÍA – ROSANA GRANATO
(Coordinadores)



Gustavo García – Rosana Granato

San Justo, junio de 2019

EDUCACIÓN, SALUD Y DISCAPACIDAD

GUSTAVO GARCÍA – ROSANA GRANATO
(Coordinadores)

AUTORES:

- **Gustavo García - Mónica Soba - Gema Paramio-Pérez**
- **Ignacio Aguaded - Mónica Lacanna - Erland Moreno**
- **Javier Augusto Nicoletti – Marcelo Claudio Perissé**
- **Francisco José García Moro - Walter Federico Gadea Aiello**
- **Emilse Pérez Arias - José Luis Rodríguez - Karina Albanese**
- **Valeria Gómez Aguiar - Verónica Luchini - Florencia Marchi**
- **Aldana Zavagna – Sergio Tornatore - Martín Calderón**
- **Valeria Lavallo - María Laura Pighin**
- **Simón Ayup – Fernando Vieira Machado**

García, Gustavo Javier

Educación, salud y discapacidad / Gustavo Javier García ; Rosana Granato ; compilado por Gustavo García ; Rosana Granato. - 1a ed. - General Rodríguez : Gustavo Javier García, 2019.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

http://cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/esd/educacion_salud_discapacidad.htm

http://cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/esd/educacion_salud_discapacidad.pdf

ISBN 978-987-86-1261-4

1. Personas con discapacidad. 2. Acceso a la Educación. 3. Atención a la Salud Mental. I. Granato, Rosana. II. García, Gustavo, comp. III. Granato, Rosana, comp. IV. Título.

CDD 362.4



Publica: Ciencia y Técnica Administrativa

<http://www.cyta.com.ar>

correo: cyta@cyta.com.ar

San Justo, Buenos Aires. Argentina

Junio de 2019

ISBN: **978-987-86-1261-4**

ISBN 978-987-86-1261-4



INDICE

| | |
|--|-----|
| La inclusión educativa de personas con discapacidad en la Argentina <i>Gustavo García</i> | 5 |
| Cruces entre la salud pública y la clínica en la discapacidad intelectual <i>Mónica Soba</i> | 19 |
| Salud, educación y discapacidad <i>Gema Paramio-Pérez - Ignacio Aguaded</i> | 30 |
| Abordajes integrales en salud mental y discapacidad intelectual <i>Mónica Lacanna - Erland Moreno</i> | 44 |
| Formación de formadores en el campo de la salud <i>Javier Augusto Nicoletti – Marcelo Perissé – Gustavo García</i> | 55 |
| Educación en salud en la educación superior: Cuando con la información no basta <i>Francisco José García Moro - Walter Federico Gadea Aiello</i> | 62 |
| Discapacidad intelectual: entre salud mental y educación: aportes desde el campo del psicoanálisis <i>Emilse Pérez Arias</i> | 70 |
| Kinesiología y salud mental <i>José Luis Rodríguez</i> | 81 |
| Emprendimientos sociales: una alternativa facilitadora para la participación en la comunidad <i>Karina Albanese; Valeria Gómez Aguiar; Verónica Luchini; Florencia Marchi; María Laura Pighin; Aldana Zavagna</i> | 88 |
| Equinoterapia: una estrategia terapéutica diferente para el abordaje en el campo de la salud mental <i>Sergio Tornatore - Martín Calderón - Valeria Lavalle - María Laura Pighin - Simón Ayup</i> | 97 |
| A universidade e sua missão de promover saúde <i>Fernando Vieira Machado</i> | 106 |

La inclusión educativa de personas con discapacidad en la Argentina

Gustavo García¹

ARGENTINA

INTRODUCCIÓN

En el año 2006 fueron aprobados en la Sede de las Naciones Unidas tanto la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, como su Protocolo Facultativo, siendo considerados el primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI, con una dimensión explícita de desarrollo social.

La Convención promovió un cambio de paradigmas en cuanto a las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad. Se destacó también por adoptar una amplia clasificación de las personas con discapacidad y por reafirmar que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

La discapacidad es un tema complejo y muy diverso. Si bien algunos problemas vinculados con la discapacidad acarrearán mala salud y grandes necesidades de asistencia sanitaria, eso no sucede con otros (OMS, 2018), sea como fuere, todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que la población en general y, en consecuencia, necesitan tener acceso a los servicios corrientes de asistencia sanitaria, educativa, social, económica y cultural.

En este punto, siendo la Convención la primera de su tipo en el siglo XXI, se visualiza la necesidad de puntualizar un derecho básico humano a recibir una atención sensible, respetuosa

¹ Maestro y Profesor en Educación Física. Licenciado en Educación Física y Deportes. Diplomado en Análisis e implementación de la Ley de Salud Mental. Especialista en Docencia de la Educación Superior. Magíster en Educación Superior. Docente formador en Institutos Superiores de Formación Docente y Técnica (Provincia de Buenos Aires – Argentina-). Docente e investigador de la Universidad Nacional de la Matanza (Argentina). Director de Rehabilitación y Reinserción Social de la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca.

y de calidad, indicando campos en las que es necesario introducir adaptaciones para que las personas con discapacidad puedan ejercer en forma efectiva sus derechos.

De allí, que la firma del Acta de adhesión a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), amplía los derechos de las personas con discapacidad citados en el Artículo 75° de la Constitución Nacional, el cual señala: "*legislar y promover medidas de acción positivas que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes...*". En este contexto, coloca en una situación de estudio permanente el análisis de la formación universitaria en relación con los nuevos paradigmas que signan la problemática de la educación y la discapacidad

Granados Martínez (2000), destaca que la universidad está llamada a desempeñar un papel decisivo para asegurar el principio de igualdad de oportunidades. Para ello, la educación superior se debe ocupar de encontrar mecanismos de eficiencia científica y técnica que respondan a la complejidad de reflexionar y aplicar conocimientos que aborden los problemas reales de todas las personas, sin discriminación ni prejuicios de ningún tipo. Es tarea de la universidad, como institución, formar profesionales que se encuentren preparados para afrontar la diversidad.

Marco normativo de la inclusión educativa de personas con discapacidad en argentina

En un trabajo que aborde la inclusión educativa de personas con discapacidad, cobra relevancia ahondar en la descripción de leyes fundantes que, en nuestro país, aseguran el derecho a la educación, protección y participación de las personas con discapacidad.

De la pirámide jerárquica de las normas legales en la historia de nuestro país, se recupera el artículo 14° de la Constitución Nacional que reconoce el derecho a enseñar y aprender de todos los habitantes:

“Todos los habitantes de la Nación gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio; a saber: de trabajar y ejercer toda industria lícita; de navegar y comerciar; de peticionar a las autoridades; de entrar, permanecer, transitar y salir del territorio argentino; de publicar sus ideas por la prensa sin censura previa; de usar y disponer de su propiedad; de asociarse con fines útiles; de profesar libremente su culto; de enseñar y aprender”.

Por otra parte, en el artículo 16°, se señala la igualdad de todos los habitantes de la Nación ante la ley:

“Todos sus habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad”.

En el caso de la República Argentina, el 6 de junio del 2008, el Congreso de la Nación aprueba la ley 26.378: la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tal cual fue redactada (sin enmiendas ni salvedades). En ese momento, se produce un punto de inflexión en la problemática a nivel nacional, ya que los factores contextuales, institucionales y sociales deben comenzar a adaptarse para el cumplimiento de tal legislación.

La necesidad de acordar un tratado de derechos en pleno siglo XXI, da respuestas a una situación evidente de marginación e invisibilización del colectivo de personas con discapacidad y marca un quiebre en la historia de las leyes que atienden la problemática. Hacer un recuento previo nos sitúa en una realidad donde el modelo imperante no preveía alternativas de inclusión y participación reales.

En materia legislativa, los antecedentes de la problemática de la discapacidad en la República Argentina pueden encontrarse la ley 22.431/81: Sistema de protección integral de los discapacitados; y la ley 24901/97: Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.

La ley 22.431, define la discapacidad, considerando discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral (artículo 2°). Dicha norma también establece un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, el cual tiende a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social (artículo 1°).

Además, presenta un Capítulo II dedicado especialmente al Trabajo y la Educación. El artículo 13°, señala que el Ministerio de Educación tendrá a su cargo, formar personal docente y profesionales especializados para todos los grados educacionales de los discapacitados, promoviendo los recursos humanos necesarios para la ejecución de los programas de asistencia, docencia e investigación en materia de rehabilitación.

La ley 26.378 del año 2008, que aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, renueva el marco jurídico abriendo paso a la plasmación real del modelo social

y de derechos. Dicha ley, en términos generales, se encuadra con lo que se argumenta en diferentes instrumentos escritos a nivel internacional como la Convención Internacional mencionada (2006), el Informe Mundial sobre la Discapacidad, de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011) y la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras (2010) de la Comisión Europea.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es el tratado de la ONU que contempla analíticamente cada uno de los derechos humanos de las personas con discapacidad. No es arbitraria la decisión de publicar una normativa detallando tales derechos, en pleno siglo XXI.

La Convención (ONU, 2006), señala como deber, dentro de las obligaciones generales en su artículo 4º, lo siguiente:

“Emprender o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices.”

Por otro lado, en el artículo 17º se enfatiza que: *“toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás”*

En este sentido, la Convención aglutina, actualiza y da forma a iniciativas que se iban tomando de acuerdo con la problemática, pero que rápidamente quedaban obsoletas por la dinámica actual de tratamiento del tema como objeto de estudio.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, fue aprobada mediante resolución de la ONU el 13 de diciembre de 2006 [...] fue el primer tratado sobre derechos humanos del siglo XXI [...] el Honorable Congreso de la Nación la ratificó con el N° de ley 26.378 (publicada en Boletín Oficial, el 9 de junio del 2008). Universidad y discapacidad (Seda, 2014: 23).

Con respecto a la educación, la Convención especifica en el artículo N° 24 el derecho de las personas con discapacidad a educarse sin discriminación y con igualdad de oportunidades en todos los niveles, en un marco inclusivo.

Es dable destacar que el objetivo de tal enunciado se corresponde con la idea de desarrollar en cada persona con discapacidad todo el potencial humano, generar autovalimiento, reforzar el respeto por los derechos humanos y desarrollar la capacidad para garantizar la participación efectiva en una sociedad libre.

En ese sentido los estados partes deben garantizar la enseñanza basada en ajustes razonables de acuerdo a las necesidades particulares de las personas con discapacidad, facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares. Con respecto a la educación, la Convención especifica en el artículo N° 24:

Haciendo un análisis del articulado precedente, no solo se postula el derecho a la educación, sino también se realizan sugerencias en el plano tecnológico y pedagógico para elaborar entornos inclusivos en el ámbito educativo.

Al respecto de la educación superior, la Convención también considera la situación en el mismo artículo 24°:

“Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad”.

En cuanto a organismos reguladores en la temática de la discapacidad que auditan el cumplimiento de la Convención en la Argentina, se encuentra la Agencia Nacional de Discapacidad (dependiente de Secretaría General de Presidencia), que aglutina al ex Servicio Nacional de Rehabilitación – (SNR), a la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas (CONADIS) y al sector de prestaciones de Incluir Salud (ex PROFE)

En cuanto a accesibilidad tecnológica, hay que señalar la Ley 26.653/10 de Accesibilidad de la Información en las Páginas Web. Autoridad de Aplicación. Plazos. Reglamentación; la cual establece que el estado deberá respetar en los diseños de sus páginas web las normas y requisitos sobre accesibilidad de la información que faciliten el acceso a sus contenidos, a todas las personas con discapacidad con el objeto de garantizarles la igualdad real de oportunidades y trato, evitando así todo tipo de discriminación (artículo 1°). Aclarando en su artículo 3°, que se

entiende por accesibilidad a la posibilidad de que la información de la web, puede ser comprendida y consultada por personas con discapacidad, por usuarios que posean diversas configuraciones en su equipamiento o en sus programas.

Acerca de los derechos de las personas con discapacidad y la educación en la República Argentina, la ley 26.206/06 (Ley de Educación Nacional), propone entre los fines y objetivos de la política educativa nacional: “brindar a todas las personas con discapacidades, temporales o permanentes, una propuesta pedagógica que les permita el máximo desarrollo de sus posibilidades, la integración y el pleno ejercicio de sus derechos” (artículo 11, inciso “n”).

Es dable remarcar que el concepto de integración es obsoleto al glosario de términos actuales, pero superador con respecto a la derogada ley 24.195 (Ley Federal de Educación) que utilizaba el eufemismo “necesidades especiales”.

El Consejo Federal de Educación, a través de la Resolución N° 311/16, estipula normas para la *“promoción, acreditación, certificación y titulación de estudiantes con discapacidad”*.

Dentro de los lineamientos generales, tal resolución especifica que el sistema educativo deberá asegurar el apoyo necesario para el acompañamiento de las trayectorias escolares de los estudiantes con discapacidad en caso que lo requieran, acorde a los lineamientos nacionales e internacionales, con el objetivo de favorecer la inclusión en igualdad de condiciones con los demás y sin discriminación.

Es importante remarcar que en su articulado expresa taxativamente la transversalidad de la cultura inclusiva como eje común de todos los establecimientos educativos, sindicando a las jurisdicciones y todos los actores institucionales incluidos en el sistema educativo como responsables de tal profundización, respondiendo a los requerimientos de los diferentes niveles y modalidades.

Cada uno de los artículos de la resolución citada, demuestra a las claras la necesidad de consolidar en la formación universitaria, profesionales idóneos para gestionar, aplicar y evaluar dicho proceso de inclusión.

La misma resolución N° 311/16 especifica en el artículo 17, que las instituciones educativas deben *“contar con propuestas específicas de enseñanza, a partir de la identificación de las barreras al acceso a la comunicación, la participación y al aprendizaje, el diseño de las configuraciones de apoyo y los apoyos específicos (sistemas de comunicación, orientación y movilidad, autonomía, entre otras) a efectos de minimizar las barreras institucionales.”*

Con el objetivo de intentar consolidar una educación de calidad y sin discriminación en el año 2017 el Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires publica la Resolución 1664/17: “Educación Inclusiva de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y jóvenes-adultos con discapacidad en la provincia de Buenos Aires”, que constituye un nuevo marco legal para la incorporación de estos estudiantes a cualquier institución educativa, según el nivel o modalidad que corresponda.

Es interesante remarcar que dicha resolución enfatiza que la presencia de un niño, niña o adolescente con discapacidad no puede constituir un motivo para rechazar su inscripción en cualquier escuela de nivel primario o secundario, sea de gestión estatal o privada.

Además, se garantiza que la titulación y la certificación de finalización de estudios sean en igualdad de oportunidades. La norma menciona la necesidad de contemplar las distintas identidades, características, estilos de aprendizajes, potencialidades, necesidades y contextos de cada alumno, garantizando que el alumno con discapacidad no podrá tener una currícula paralela ni una reducción de los contenidos, sugiriendo poner en práctica distintas estrategias didácticas

Es dable destacar que la normativa incluye también la formación de los docentes, proponiendo la incorporación de nuevos contenidos que tienen que ver con esta nueva perspectiva inclusivas e implica que las escuelas propicien el desarrollo de contenidos transversales como la igualdad de derechos, la convivencia y el respeto por las diferencias a fin de fortalecer el trabajo colaborativo en los ámbitos de aprendizaje descartando formatos rígidos anclados en paradigmas históricos.

La ley 24.521 del año 1995, manifiesta que, entre las responsabilidades principales e indelegables por parte del Estado sobre la educación superior, se encuentra la de establecer las medidas necesarias para equiparar las oportunidades y posibilidades de las personas con discapacidades permanentes o temporarias. La ley establece, en relación a los derechos de los estudiantes de las instituciones estatales de educación superior, que las personas con discapacidad, durante las evaluaciones, deberán contar con los servicios de interpretación y los apoyos técnicos necesarios y suficientes (artículo 2°); puesto que son funciones básicas de las instituciones universitarias formar y capacitar científicos, profesionales, docentes y técnicos, capaces de actuar con solidez profesional, responsabilidad, espíritu crítico y reflexivo, mentalidad creadora, sentido ético y sensibilidad social, atendiendo a las demandas

individuales; aclarando “en particular de las personas con discapacidad, desventaja o marginalidad” (artículo 28°).

Asimismo, el artículo 29°, destaca que las instituciones universitarias, en su autonomía académica e institucional, tienen la atribución de formular y desarrollar planes de estudio, de investigación científica y de extensión y servicios a la comunidad que incluyan además de la enseñanza de la ética profesional, “la formación y capacitación sobre la problemática de la discapacidad”.

La inclusión educativa de personas con discapacidad en argentina

En relación con la situación en Argentina, en 2003 se crea la Red Interuniversitaria “Discapacidad y derechos Humanos”, formado por once universidades. Los primeros programas de servicios de apoyo se dan en la Universidad de Cuyo y en la Universidad Nacional de Mar del Plata y varias universidades comienzan a desarrollar proyectos de investigación.

Realizando una mirada retrospectiva, todas estas iniciativas se dan antes de la Convención de la ONU, con lo cual el marco normativo tomaba elementos de modelos rehabilitadores y no sostenía taxativamente las propuestas. Las leyes 22.431 de 1981, sobre protección integral de las personas con discapacidad y la 25.573 del 2002, sobre accesibilidad y apoyos técnicos, se referían a la problemática en aquel momento.

Castignani (2014), resalta como experiencia para el avance de la inclusión en Argentina, la creación de la Comisión Universitaria sobre Discapacidad de la Universidad Nacional de La Plata, gestada con el fin de lograr la plena inclusión en el sistema universitario. El trabajo de la comisión responde a la demanda frente a los procesos de inclusión que se fue afianzando a partir del año 2005, con la promulgación de la Ley Nacional de Educación (ley 26.206), que desarrolla las políticas correspondientes para garantizar trayectorias educativas integrales de los/as alumnos/as con discapacidad.

También se destacan como ejes del trabajo de la Comisión Universitaria sobre Discapacidad en Argentina las siguientes actividades: capacitación docente; relaciones interinstitucionales (participación en la Comisión Interuniversitaria de Discapacidad y Derechos Humanos de Argentina y en la Red Interuniversitaria Latinoamericana y del Caribe sobre Discapacidad y

Derechos Humanos); asesoramiento e intercambio con organismos del gobierno y organizaciones no gubernamentales vinculadas a la temática de la discapacidad.

La Resolución 426/07 del Comité Ejecutivo del Comisión Interuniversitaria Nacional (CIN) aprueba el Programa Integral de Accesibilidad en las Universidades Públicas, que surge como respuesta al Plan Nacional de Accesibilidad, promovido por la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (Conadis) y la Ley de Educación Superior, que contempla, entre otros aspectos, el acceso al sistema educativo sin discriminaciones.

En uno de los primeros párrafos de la Resolución 426/07 se conceptualiza claramente (y en consonancia con el denominado modelo social y de derechos imperante) una nueva dimensión en el concepto de calidad en educación.

Los nuevos elementos que integran el concepto de la calidad en las universidades, responden a valores y orienta el foco no solo a la adquisición de saberes y al desarrollo cognitivo, sino hacia componentes actitudinales. Estos componentes actitudinales introducen nuevos elementos, tales como los diseños de programas específicos para las necesidades de los demandantes, en nuestro caso, para la comunidad universitaria que requiere respuestas específicas. En ese marco, se considera como una de las dimensiones de la calidad, el valorar las necesidades de las personas con discapacidad y brindarles respuestas oportunas y suficientes.

En otro nivel de análisis de tal Resolución, en lo que respecta al reconocimiento de la otredad, la universidad queda posicionada en un plano avanzado con respecto a la aplicación de nuevas estrategias inclusivas.

El reconocimiento de sus necesidades constituye un derecho respecto de la eliminación de barreras, de modo tal que se les garantice la igualdad de oportunidades y se les posibilite condiciones de equidad en el ingreso y la permanencia en los estudios superiores. Esta eliminación de barreras, requiere de respuestas políticas que no solo se centran en suprimir las barreras físicas, sino que también deben incluir la supresión de las barreras comunicacionales, por cuanto las personas con discapacidad, requieren de servicios de interpretación y los apoyos técnicos necesarios y suficientes, tal como fue especificado en el inciso incorporado a la ley 24.521, de Educación Superior, art. 2° de la ley N° 25.573– (Boletín Oficial, 30/04/2002).

En una total coincidencia con la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Programa Integral de Accesibilidad en las Universidades Públicas: contempla la eliminación de “barreras al aprendizaje y la participación” (Booth y Ainscow, 2000), por

cuanto se requiere de recursos materiales específicos y las adecuaciones edilicias para confluir en un Diseño Universal de Accesibilidad.

99Las políticas educativas humanistas promueven la integración educativa, social y económica de las personas con discapacidad y la universidad constituye, en este marco, un eje central para posibilitar la integración a partir de la equiparación de oportunidades y de acceso a la participación activa en el desarrollo del país.

Cuando se referencia acerca del diseño universal, se está planteando un modelo que debe sostener el desarrollo de bienes, servicios y entornos accesibles para la mayoría de las personas sin necesidad de adaptaciones. En sintonía con este aspecto, dentro del presente trabajo, ya fueron enunciadas las variables a considerar para una verdadera inclusión: accesibilidad, visión social acerca de la problemática y formación profesional.

En este mismo sentido, la Resolución del CIN también hace referencia a estas dos últimas variables, a saber:

El Programa Integral se acompaña de la capacitación a los integrantes de la comunidad universitaria en general y a los docentes en particular, para modificar las actitudes sociales negativas y transformarlas en acciones de discriminación positiva. Si bien cualquier estudiante con discapacidad puede fracasar en los estudios superiores, este grupo de alumnos que accede a la continuidad de los estudios requiere, en algunos casos, de una especial asistencia académica, sistematizada a partir de acciones concretas, en función de posibilitar un principio de equidad, donde se reciban ayudas compensatorias según la necesidad.

Con relación a la asistencia académica citada en esta disposición, debe interpretarse como apoyos específicos, según la problemática: la optimización de recursos auditivos y táctiles en los estudiantes ciegos, la flexibilización en las formas de examinar, o la supresión de barreras físicas, por ejemplo. Además, se basa en el análisis exhaustivo de la realidad de cada estudiante para implementar las adaptaciones razonables necesarias.

En la Resolución del CIN (426/07), también se observa cómo se conceptualiza claramente cuáles son las estrategias más adecuadas para generar un entorno accesible, remarcando la necesidad de repensar y flexibilizar las intervenciones pedagógicas.

Esta asistencia implica la implementación de procedimientos académicos inmediatos y mediatos. Los planes académicos inmediatos suponen capacitación a los docentes a partir de acciones de sensibilización respecto de la problemática de la discapacidad y de formación en

adaptaciones curriculares y en estrategias didácticas específicas para cada tipo de discapacidad; complementarios a ellos, los propósitos académicos mediatos, requieren del estudio de los recorridos curriculares cerrados, que caracterizan a los planes de estudios de nuestro país, para generar alternativas más flexibles que permitan opciones diversas para todas las asignaturas que no son consideradas troncales o básicas, que a la vez enriquecen la formación en relación con el perfil profesional.

Por último, se resalta como tercer eje de la inclusión la necesidad de una formación profesional, en sintonía con las tres variables tratadas en este mismo capítulo, que fundamentan y sostienen el fenómeno y lo hacen viable: accesibilidad, visión social de la problemática y formación profesional:

La formación y la capacitación de los docentes en las adaptaciones curriculares al interior de las universidades, posibilita acercar a los alumnos a los aprendizajes, en función de la relevancia y pertinencia.

Los ajustes razonables en la formación de docentes, incluyen un recorrido que transita la priorización, la temporalización y la selección de contenidos, objetivos, actividades y la flexibilidad en las metodologías y en la evaluación, acordes con las incumbencias profesionales y las competencias de egreso.

En Mar del Plata, Argentina, se crea en septiembre de 1994, la Comisión Provisoria Interuniversitaria de Discapacidad, que nucleó algunas universidades públicas del país. En el año 2007, obtiene su pleno reconocimiento ante el Consejo Interuniversitario Nacional, a través del Programa Integral de Accesibilidad en las Universidades Públicas mencionado. La comisión contaba, en 2015, con la participación de treinta universidades públicas, y, recientemente, en el año 2017 cuenta con la participación de más de cuarenta universidades.

Conclusiones

A partir del relevamiento de las investigaciones, se observa que, en general, son coincidentes en marcar el esfuerzo de los docentes por crear entornos inclusivos, aún sin la formación académica para llevarlos a cabo. El gran déficit está en la formación de equipos interdisciplinarios de apoyo a la persona con discapacidad, en los recursos y en la homologación y concretización de acciones al respecto.

En relación al planteo del presente trabajo, González López y Macías García (2018:118), reafirman la presencia de trabajos de investigación que consideran que dentro del grupo de personas con discapacidad, actualmente *“las que tienen mayores problemas para llevar una vida autónoma debido a las dificultades de acceso en diversos ámbitos de la vida en sociedad son las personas que tienen discapacidad física”*. En este sentido, siguiendo el planteo de Molano Tobar, Meneses Llanos y Zuñiga López (2017), *“los establecimientos de educación superior que tienen programas de profesionalización en Educación Física, Recreación y Deporte no deben ser ajenos al tema, ya que [...] deberán garantizar el desarrollo de programas de formación sobre educación inclusiva”*.

De Vroey (2003:12), en su trabajo Formación Profesional de inclusión para alumnos con discapacidad, destaca que *“la enseñanza de inclusión está experimentando un crecimiento”* y en consecuencia *“la formación profesional tendrá también que seguir por esta senda”*. La investigación desarrollada por Peña-Hernández y Celorio-Montaña (2014) demuestra que *“estudiar y comprender el concepto de discapacidad y sus alcances será un tema de investigación cada vez más frecuente en este contexto, pues es bien sabido que los profesionales que atienden a las personas y sus necesidades deben contar con unas características adecuadas que les permitan hacer que las estrategias se ejecuten con éxito”*.

En ese sentido es válido preguntarse cuáles son las modalidades que adoptan las carreras de universitarias con el fin de ofrecer un ámbito de formación que aborde la educación y la discapacidad, valorando la inclusión, reconociendo la heterogeneidad de las personas, brindando una formación de calidad respetuosa en la posibilidad de la realidad y de la condición particular que dispone cada persona.

Se destaca que en los últimos años, se produce en la República Argentina cambios significativos en relación a los lineamientos y programas universitarios, otorgando diversas dinámicas de inclusión en el marco de las instituciones y de los actores involucrados, de las cuales las variadas carreras y programas universitarios se encuentran enmarcadas.

Bibliografía

CRES (2008). *Declaración de la Conferencia Mundial de Educación Superior en América Latina y el Caribe*. Cartagena de Indias. Colombia.

De Vroey, A. (2003). Formación Profesional de inclusión para alumnos con discapacidad. *Revista Europea de Formación Profesional*, n°30, pp. 6-13.

Ezcurra, A. (2007). *Los estudiantes de nuevo ingreso: democratización y responsabilidad de las instituciones universitarias*. San Pablo: Cuadernos de pedagogía universitaria.

González López, I. y Macías García, D. (2018). *La formación permanente como herramienta para mejorar la intervención del maestro de educación física con alumnado con discapacidad*. Retos, 33, pp. 118-122.

González López, I. y Macías García, D. (2017). Elementos para el diseño de un plan de formación permanente del profesorado de educación Física para atender al alumno con discapacidad. En AAVV (2017), *III Congreso Internacional Virtual innovación pedagógica y praxis educativa*. INNOVAGOGIA 2016. España: 2017.

Ley N° 10592. Provincia de Buenos Aires.

Ley N° 22431. República Argentina.

Ley N° 24314. República Argentina.

Ley N° 24521. República Argentina.

Ley N° 25.280. República Argentina.

Ley N° 25573. República Argentina.

Molano Tobar, N. J., Meneses Llanos, R. y Zuñiga Lopez, C. I. (2017). Formación para la discapacidad en programas de Educación Física-Colombia. *Educación Física y Ciencia*, 19 (2).

O.M.S. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Versión abreviada*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

O.M.S., O.N.U., O.I.T. (2004). RBC. *Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*. Documento de posición conjunta.

O.M.S. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Resumen. Malta: O.M.S.

Organización de las Naciones Unidas –O.N.U.- (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad*. Suiza: ONU.

Organización Mundial de la Salud –OMS- (2014). 67.^a Asamblea Mundial de la Salud. Discapacidad Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad Informe de la Secretaría. A67/16 - 4 de abril de 2014.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ed. Cinca.

Resolución N°311/16. Consejo Federal de Educación. República Argentina. Recuperado de: <http://www.infoleg.gov.ar>

Resolución N°1664/17. Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires. República Argentina.

Seda, J. (2014). *Discapacidad y Universidad*. Buenos Aires: Ed. EUDEBA

Cruces entre la salud pública y la clínica en la discapacidad intelectual

*Mónica Soba*²

ARGENTINA

De nuestros antecedentes

La Colonia Montes de Oca fue inaugurada en el año 1915, por el Dr. Domingo Cabred. Formaba parte de un extenso plan de atención a pacientes con problemáticas de Salud Mental (Ley 4956, promulgada en el año 1906). “El proyecto era realmente innovador: un sistema colonia rural, abierta y autosuficiente, cuyos objetivos eran la reintegración social del alienado por medio de una modalidad de moral management y Non restraint system con una modalidad de atención de puertas abiertas y de laborterapia, de avanzada para su época” (FERRADAS, LACANNA, SOBA, 2004).

Nuestra institución fue fundada para una población exclusiva de pacientes con discapacidad intelectual, de todas las edades, ya que no se contaba en nuestro país con un dispositivo para dichos usuarios. Así fue como se puso en marcha una institución auto sustentable, que ofrecía atención médica, educación y laborterapia en un ámbito de gran libertad dada la extensión de la misma.

En aquella época, la admisión era casi irrestricta, recibándose los primeros pacientes de otros nosocomios ya en funcionamiento. Algunos pacientes ingresaron con pocos años de edad y vivieron en la Colonia hasta su fallecimiento a longeva edad.

² Licenciada en Psicología. Profesora en psicología UBA. Ex residente y ex instructora de Psicología de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental CMDO. Psicóloga del servicio de admisión de la Colonia Nacional Manuel Montes de Oca. Docente de la cátedra Psicopatología II (UBA). Co-Directora Pilares Norte Salud Mental.

Nuestro presente

Más de cien años más tarde algunas cuestiones se han modificado radicalmente y otras permanecen igual.

La legislación vigente y las formas de conceptualizar la discapacidad intelectual, tanto para su diagnóstico como su tratamiento son muy diferentes en la actualidad. La Convención de los Derechos para las Personas con Discapacidad, a la que Argentina adhiere, sienta las bases de una atención basada en la rehabilitación y en la consideración de la persona que padece de una discapacidad como un ciudadano a proteger y respaldar desde los organismos estatales. Por lo tanto, los tratamientos que se deben brindar incluyen un equipo interdisciplinario, y una mirada individualizada en las necesidades de los usuarios, haciendo hincapié en las posibilidades de llevar una vida lo más independiente posible. Esto conlleva una importante inversión en recursos humanos para poder lograr una atención de calidad y acorde a la legislación mencionada. Los desafíos de esta nueva mirada son asumidos por nuestra institución y se intentan alcanzar los objetivos a fin de brindar el tratamiento más acorde a las necesidades del paciente. Todavía estamos en proceso de lograrlo, pero con una firme decisión ética de avanzar en ese sentido.

Ahora bien, la Colonia continúa siendo la única referencia nacional en la clínica de la Discapacidad Intelectual. Si bien hemos logrado derivaciones de usuarios a sus lugares de origen, no existen otras instituciones exclusivas para la atención de este tipo de pacientes en la República Argentina.

Esto conlleva una gran responsabilidad, ya que debemos brindar respuestas eficaces a quienes nos consultan, dado que los usuarios no tienen, en última instancia, otro lugar al cual concurrir. En este contexto, tanto el Servicio de Asistencia Integral ambulatoria (CISaM) como el Servicio de Evaluación, Orientación y Admisión (Servicio de Admisión en adelante) son lugares claves a la hora de recibir, orientar y otorgar las prestaciones que los usuarios ameritan según los casos.

En este texto me centraré en la modalidad de trabajo del Servicio de Admisión, al cual pertenezco, para describir sus particularidades y las dificultades que afrontamos diariamente a fin de intentar dar respuesta a múltiples y complejas demandas clínicas.

Servicio de Orientación, evaluación, diagnóstico y admisión: ¿a quiénes, ¿cómo, ¿cuándo, por qué?

A partir de la definición que nos brinda el Diccionario de la Real Academia Española, “Admitir” tiene cinco acepciones:

1. Recibir o dar a entrada
2. Aceptar, dar por bueno, admitir por válido
3. Permitir, tolerar
4. Reconocer como cierta alguna cosa (“admito estar equivocado”)
5. Tener capacidad (“Este depósito admite 1000 litros”)

Ampliaremos estas cinco acepciones del término para introducir la complejidad de la tarea diaria que aborda el equipo interdisciplinario en nuestro Servicio.

1. Recibir o dar entrada: somos la puerta de entrada a la internación. Los pacientes pueden ser ingresados por la guardia médica o por el equipo interdisciplinario luego de una evaluación de un caso, si éste lo amerita. Los criterios básicos son personas de 18 a 65 años, con un diagnóstico de discapacidad intelectual y con alguna problemática que determine la necesidad de una internación que será breve, en el mejor de los casos, o prolongada, en otros. (más adelante se retomará esta cuestión).
2. Aceptar, dar por bueno: para que un paciente sea ingresado, se le realizará una evaluación (en el mejor de los casos interdisciplinaria) para determinar: si el mismo cumple con los criterios formales, si su diagnóstico es acorde a nuestro perfil institucional y si existe una situación clínica que amerite una internación, que recordemos, debe ser la última respuesta de tratamiento, por ser la más restrictiva de la libertad del paciente y por tener consecuencias sobre sus lazos sociales y comunitarios, más allá del estigma que toda internación psiquiátrica conlleva. Por lo tanto, este proceso no es sin discusiones entre disciplinas, tratando de analizar la situación general del paciente, sus circunstancias socio familiares, su situación previsional, y la gravedad del motivo de consulta. Tomar la decisión de internar a un sujeto implica un costo tanto para el paciente como para el equipo profesional que carga con esa responsabilidad.
3. Permitir, tolerar: ¿Todo es tolerable para un equipo de salud? ¿Puede un Servicio aceptar, brindar tratamiento a todos los pacientes que llegan? ¿No existen obstáculos

para la atención de algunos usuarios? He aquí una de las primeras contradicciones con las que debemos lidiar.

Freud (1937) plantea la existencia de tres profesiones *imposibles*, “en que se puede dar anticipadamente por cierta la insuficiencia de sus resultados”. Éstas serían analizar, educar y gobernar. Por su parte, Lacan (1981) describe a lo Imposible lógico como lo que “*no cesa de no escribirse*”. ¿Qué significa? Significa que nuestro quehacer es atravesado por obstáculos que en ocasiones lo hacen imposible, pero no por el caso en sí, sino por la dificultad radical que encuentra un sujeto para existir en el entramado social.

Sin embargo, nuestra posición en el sistema de salud pública nos obliga a permitir que ingrese todo aquel que cumpla con los requisitos antes mencionados, aunque brindarle tratamiento o alguna solución a su problemática nos resulte “imposible” como equipo. Ser una institución nacional nos enfrenta a la responsabilidad y desafío de abordar esos casos “imposibles”, y aprender, en cada ocasión, como podemos brindarle alguna ayuda “posible”. Soportar también que nuestras intervenciones sean no-todo completas ni eficaces.

1. Reconocer como cierta alguna cosa: no todos los pacientes que llegan al servicio cumplen con los criterios, y en ocasiones se producen internaciones que es necesario revisar y realizar las derivaciones correspondientes. También algunos casos de reingresos nos enfrentan con errores cometidos, que deben ser subsanados en una segunda, o tercera instancia. Por lo tanto, la tarea en nuestro servicio también incluye una constante revisión y reflexión sobre qué pacientes atendemos, qué permitimos ingresar y que no corresponde aceptar. Esto puede producir ciertos roces con otras instituciones o Servicios, que tratamos de resolver dando razones clínicas de nuestras decisiones y no basándonos en prejuicios.
2. Tener capacidad: una cuestión clave es el límite real de nuestras ocho camas disponibles en el Servicio. Solo podemos atender ocho pacientes (ingresados, ya que en proceso de externación suele haber entre 15 y 20 simultáneamente). Otra fuente de tensión, cuando un caso amerita su ingreso y no disponemos de cama para recibirlo. La ayuda de la Dirección Médica suele ser crucial para la resolución de estos conflictos.

Nuestro quehacer diario

Una vez ingresado un paciente, lo primero que realiza el equipo es una extensa evaluación del mismo por parte de todas las disciplinas. La misma tiene dos modalidades: una conjunta y sincrónica, y otra disciplinar y diacrónica.

En una primera instancia se debe determinar: a- un diagnóstico presuntivo, b- precisar los motivos de internación y c- analizar con que red de contención socio-familiar y económica se cuenta en cada caso. Estos tres puntos son decisivos a la hora de pensar una primera estrategia de abordaje del caso.

Soledad es traída por su familia (padre y hermanos). Presenta con un cuadro de catatonía de un mes de evolución. Es su primera internación psiquiátrica, aunque ya se encontraba en tratamiento psiquiátrico ambulatorio desde hacía algunos años. No realizaba actividades por fuera del hogar, siendo cuidada exclusivamente por sus familiares. Los mismos nos cuentan que hace un año falleció su madre, y que hace dos meses la paciente comenzó a recordarla con cierta intensidad no manifestada hasta el momento. El primer paso necesario fue implementar un esquema de medicación que permitiera a la paciente salir de su cuadro de aislamiento absoluto. Una vez reestablecida su conexión con la realidad, y recuperadas sus capacidades de alimentarse, higienizarse y sostener el control de esfínteres (habilidades adquiridas que se habían perdido por el cuadro psiquiátrico), la paciente pudo comenzar a hablar y lo que nos contó es que “su madre estaba muerta y ella la extrañaba mucho”. Fue posible realizar un diagnóstico de base de discapacidad intelectual moderada y se comenzó a intervenir terapéuticamente sobre el duelo no elaborado de Soledad por su madre, teniendo en cuenta las particularidades que la discapacidad intelectual moderada imprime en dichas intervenciones. Su padre concurrió todos los días a verla y a asistirle para su alimentación. A las dos semanas se dan inicio a las salidas terapéuticas con perspectivas de alta clínica a corto plazo, de sostenerse la mejoría alcanzada en el cuadro. La paciente cuenta con certificado de discapacidad y cobra una pensión por su condición.³

Este ejemplo clínico nos permite analizar las distintas instancias disciplinares que convergen en la atención de un paciente, los momentos claramente diferenciables en los que cada profesión cobra mayor protagonismo y cuándo se debe dar por finalizada nuestra tarea como equipo de

³ Los casos mencionados son viñetas clínicas que, además de tener los datos biográficos modificados, no se corresponden con un sujeto en particular, sino que vienen a representar un ejemplo típico de pacientes atendidos por nuestro Servicio.

admisión. En el mejor de los casos, nuestra labor permite el inicio de un tratamiento más profundo y a largo plazo del caso, en forma ambulatoria. No se trata de resolver *todo* en esta primera instancia, sino de despejar el síntoma preponderante que motiva la internación y dejar planteadas líneas de intervención que se pondrán en práctica en otros tiempos. Por ejemplo, en el caso mencionado, reinstaurar un tratamiento psiquiátrico, recomendar un tratamiento psicológico y orientar a la familia hacia la búsqueda de un Centro de Día que le permita a la paciente (de 35 años) comenzar a relacionarse con otras personas fuera del ámbito familiar, adquirir otras habilidades de la vida diaria y mayor independencia. Siempre es importante recordar que los familiares envejecen, pueden enfermar o agotarse y el horizonte de un hogar puede ser una alternativa recomendable y saludable para los usuarios que no podrán, por su patología de base, ser completamente independientes como para vivir solos.

Cuando se trata de una primera internación, y especialmente en casos de patología grave, los datos que se puedan recabar son claves y quizás determinantes del futuro tratamiento de ese paciente. Si cuenta con familia, determinar los motivos de su discapacidad en la medida de lo posible, rastrear en la historia de su desarrollo cómo fue su crecimiento y que habilidades pudo adquirir y a qué edad. También la historia familiar y las circunstancias de su nacimiento. Cómo ha elaborado cada miembro de la familia la discapacidad o patología del paciente. Qué responsabilidades, culpas y mandamientos pesan sobre el psiquismo familiar y que modalidad de funcionamiento tiene ese grupo humano. Por último, que capacidad de escucha y de responder a las intervenciones terapéuticas, tanto del paciente como de sus familiares. Tampoco es un dato menor la situación socio económica y habitacional de los usuarios, el acceso cercano (o no) a centros de atención especializados. Las carencias materiales suelen incrementar la complejidad de los casos, limitando las posibilidades de intervención real en ocasiones.

Lucas tiene 19 años. Ha crecido en una situación de extrema pobreza, con serias deficiencias en sus necesidades básicas, desde alimentación, controles médicos, acceso a la educación, como contención y cariño familiar. Se desconocen datos sobre su padre, y su madre, desocupada laboralmente, debe hacerse responsable de sus otros cinco hijos, varios de los cuales presentan también problemáticas de salud mental. Se podría decir que la Colonia es la primera institución que aloja a este sujeto, ya que el resto han fallado sistemáticamente en brindarle alojamiento (casi no hay familia, no hubo escuela, ni club, ni iglesia, ni nada, excepto la calle). Padece de una discapacidad intelectual de causas imposibles de determinar. Primero porque no concurre ningún familiar a contarnos su historia, y segundo porque el cuadro actual

puede deberse a varios factores (orgánicos y ambientales). Ingresó con una orden de internación judicial y los motivos son reiterados conflictos con la ley, como hurtos menores, peleas callejeras, consumo de sustancias ilegales. Su discapacidad mental impide su imputación penal, y se determina que debe ser internado desde una instancia judicial “Para resolver sus circunstancias de vida” (sic). Muy impulsivo, Lucas presenta síntomas de tendencia antisocial, como mentir, intentar fugarse, consumir sustancias ilegales, desafiar las reglas del servicio, pelearse e insultar a sus compañeros, amenazar verbalmente. No cuenta con DNI, ni certificado de discapacidad, ni pensión correspondiente. No ha tenido nunca acceso a un tratamiento de salud, de casi ningún tipo. Sin embargo, tiene destrezas adquiridas para relacionarse con los otros por encima de su coeficiente intelectual. Posee una inteligencia que le permite (le permitió) sobrevivir. Le gusta la cumbia y tiene una estética cuidada y acorde a la moda. Lucas es muy demandante, casi dependiente de la mirada del otro. Cuando quiere llamar la atención, no cesa en su actitud, volviéndose muy disruptivo para la escena social. Por ejemplo, ingresa a un espacio donde se está llevando a cabo una entrevista, y no acepta esperar para ser atendido, no pudiendo aceptar un no ni un límite, pudiendo llegar a la agresión ante la puesta de límites en ciertas circunstancias.

Este caso es un ejemplo de los “imposibles” de nuestro servicio. Los tiempos del mismo impiden la resolución del motivo de ingreso, y las estrategias que se deben implementar requieren necesariamente de un mediano plazo, en todos los niveles y para todas las disciplinas. Lucas fue derivado a un pabellón de terapia a largo plazo de la institución.

Con el tiempo, pudo ir incorporando límites y reglas, además de comenzar a establecer relaciones de confianza con el personal y algunos compañeros de internación. Supo encontrar un lugar en el grupo y también en otros espacios dentro de la institución. Un detalle clínico. Cuando Lucas se cruzaba con algún profesional con el que hubiera establecido un lazo terapéutico, exigía del mismo una atención absoluta e inmediata. Uno “debía” prestarle toda la atención durante el tiempo que él decidiera, a riesgo de provocar su enojo (y algún que otro destrozo materia o agresión en algunas ocasiones). ¿Cuál era el motivo de este accionar? Podemos considerar que el Yo de Lucas era tan débil en su constitución que requería de esa mirada para sostenerse. Negársela era negar su misma existencia, un rechazo fundamental que replicaba el rechazo del cual provenía, originario. ¿Cómo proceder ante esta conducta? Cada vez que me cruzaba con Lucas, yo misma iba a su encuentro y con gran calidez y exaltación le decía que lo había extrañado mucho, le preguntaba cómo estaba, le hacía algún comentario

positivo sobre su aspecto o me preocupaba si lo notaba desmejorado. Esta actitud le generaba sorpresa y alegría, me contaba brevemente algo, me pedía alguna cosa y luego me dejaba partir con amabilidad. Con el tiempo, Lucas fue derivado a un Hogar, pudiendo soportar las reglas que allí existían y encontrando un lugar por fuera de la internación para ser y existir. Esto fue posible gracias a la gestión de todos los beneficios correspondientes y a la mejoría de sus síntomas antisociales al ingreso. De más está aclarar que el abordaje interdisciplinario es indispensable en estos casos.

El caso de Lucas nos permite situar nuestro lugar dentro de la institución. En ocasiones seremos un breve paso por la vida de un sujeto, dándole las herramientas para retomar rápidamente el cauce de su vida tal como se desarrollaba antes del evento que motivó la internación. En otros casos, la necesidad de una institución que aloje y contenga requiere de otros tiempos terapéuticos, más prolongados.

El lugar del analista

Alfredo Zenoni (1998) plantea que *“antes de apuntar a tratar al sujeto, la institución existe para recibirlos, ponerlos al abrigo o la distancia, ayudarlos o asistirlos. Antes de tener un objetivo terapéutico es una necesidad social”*. La Colonia Montes de Oca, desde su origen, viene a ofrecer una respuesta ante la problemática de la discapacidad intelectual, y en ocasiones, la misma consiste en dar un lugar, alojar, recibir a un sujeto que ha quedado desamparado por parte de otras instancias sociales. Este autor plantea que *“es a causa de un insoportable clínico que la práctica colectiva de la institución se instala y no en vistas de un objetivo terapéutico”*. Debemos recordar siempre la función social irremplazable que este tipo de instituciones tiene. Ahora bien, una vez ingresado un paciente, para que no se produzca un efecto de cronificación, es importante sostener *algún objetivo terapéutico* (LAURENT, 2000).

Eric Laurent (2000) nos ofrece el concepto de “Analista ciudadano”, es decir, un analista *“que participa, sensible a las formas de segregación, un analista capaz de entender cuál es su función... (...) ... El analista es el que ayuda a la civilización a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales. El analista, más allá de las pasiones narcisistas de las diferencias, tiene que ayudar, pero con otros, sin pensar que es el único que está en esa posición”*. En otras palabras, nos brindamos a la transferencia, hacemos nuestro aporte teórico para las intervenciones, pero con otros, sabiendo que no tenemos todo el saber sobre lo que le

sucede a un sujeto, y que la participación de otras disciplinas es indispensable para poder cumplir con nuestro rol.

El imperio del discurso capitalista en la sociedad actual empuja a la segregación, dejando de lado la castración y el amor. Es un discurso circular, que desconoce lo imposible y convierte al sujeto en un consumidor-consumido. Esto tiene efectos sobre lo público. *“Por eso son necesarios dispositivos que puedan ayudar a los sujetos a tejer una trama simbólica o a encontrar determinada inserción que les permita sostenerse en la existencia... (...) ... dispositivos que apuestan al lazo social y donde los cuerpos están presentes y que bien pueden orientarse por el síntoma y el detalle, respetando lo singular y haciendo contra la homogeneización imperante”* (MITRE, 2018).

El analista debe poder soportar no normalizar, sobre todo en el ámbito de la discapacidad. Respetar la subjetividad de los pacientes y desde allí intervenir para que desde su particularidad, un sujeto pueda superar el impasse que lo llevó a una internación y poder volver a retomar su camino por fuera de la institución.

Por eso la clínica de la discapacidad debe ser específica, en tanto presenta sus características particulares y se distingue de otras patologías, pero no constituirse en una especialidad, ya que por esta vía se tiende a limitar la mirada a una parte, ignorando lo singular de cada individuo. Se trata de generar las condiciones apropiadas para que algo de lo propio de ese sujeto surja. Para ello se debe pensar un encuadre específico para cada caso, y se deben realizar intervenciones en acto, como aquella descripta más arriba. Varias entrevistas al día, acompañar al domicilio o en una salida, realizar visitas a la familia en su propio ámbito, son distintos ejemplos de intervenciones que apuntarán siempre a fortalecer los lazos sociales de los pacientes. Para ello será necesario encontrar primero los límites en un determinado cuadro, y construir a partir de allí. Encontrar algo que funcione como punto de anudamiento, de estabilización. Fomentar una zona de pacto a partir de la cual sostener la transferencia y el tratamiento.

A modo de conclusión

La Colonia Montes de Oca fue creada hace cien años con el objetivo de dar respuesta a una problemática social: la atención de pacientes con discapacidad intelectual. Los modos de abordaje, las intervenciones, los paradigmas han cambiado. Lo que se sostiene es nuestra misión institucional fundadora. El estado tiene el deber de garantizar a todos sus ciudadanos el derecho

a la salud, pero más aún a aquellos en situaciones de vulnerabilidad social, por su situación socio económica o por las consecuencias de su patología, o por la combinación de ambos factores.

Nuestra responsabilidad como institución nacional es estar a la altura del legado de nuestros fundadores, verdaderos pioneros de la salud mental en la Argentina.

Bibliografía

Bruno, P.: “*Al margen: sobre la debilidad mental*”. Pliegos n°1, 1996. Traducción de lo publicado en *Ornicar? Revista del Campo Freudiano* n°37, abril-junio 1986, págs. 38-65.

Brunner, N. (coordinadora): “*Algunas consideraciones sobre el uso del término debilidad mental en la enseñanza de Lacan*”, autor: Muñoz, P., en *El juego en los límites*. Ed. Eudeba, 2012.

Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, OMS, 2001, Madrid.

Kaplan&Sadock: Sinopsis de Psiquiatría. Edición 7°. Cap. 35: Retraso Mental.

DSM V, 2014, Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Freud, S. (1937): *Análisis terminable e interminable*, en: Volumen 23. Ed. Amorrortu, 2001.

Ferradas, C.; Lacanna, M. y Soba, M.: “Aproximación a las prácticas institucionales en Retraso Mental”, Inédito.

Fernández Bruno, M. y Gabay, P.: “Rehabilitación Psiquiátrica y Reinserción social de las personas con trastornos mentales graves”. Editorial Polemos. Buenos Aires, 2.003.

Goffman, E.: “Internados”. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1.994

Lacan, J. (1964/1999): *El Seminario. Libro XI: “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”*, Buenos Aires, Paidós, 1999.

Lacan, J. (1968): *El Seminario. Libro XV: “El acto analítico”*, inédito. Clase 21-2-68.

Lacan, J. (1969): *El Seminario. Libro XVI: “De un otro al Otro”*, Buenos Aires, Paidós, 2009. Clase 15-02-69.

Lacan, J. (1972): *El Seminario. Libro XIX: "o peor"*, Buenos Aires, Paidós, 2012. Clase 15-03-72.

Lacan, J. (1973): *El Seminario. Libro XX: "Aún"*, Buenos Aires, Paidós, 2004. Clase VIII.

Lacan, J. (1974): *El Seminario. Libro XXII: "R.S.I."*, inédito. Clases 10-12-1974, 17-12-1974 y 11-03-1975.

Lacaponi: "El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el método open door". En *Alcmeon* 28, año x- vol. 7, n° 4 marzo, 1.999.

Laurent, E.: *Psicoanálisis y Salud Mental*. Ed. Tres Haces, 2000.

Laurent, E.: *Psicosis y Debilidad*, en: *Estabilizaciones en la Psicosis*. Ed. Manantial, 1987.

Laurent, E.: *El goce del débil*, en: *Niños en psicoanálisis*. Ed. Manantial, 1989.

Mannoni, M.: *El niño retrasado y su madre*. Ed. Paidós, 1964.

Mitre, J.: *El analista y lo social*. Ed. Grama, 2018.

Peusner, P.: *Reinventar la debilidad mental*, Ed. Letra Viva, 2010.

Tendlarz, S. y Álvarez Bayón, P.: *¿Qué es el autismo? Infancia y Psicoanálisis*. Cap. 4: *Contingencias de la Psicosis*, Ed. Colección Diva, 2013.

Zenoni, A. (1998): *Orientation analytique dans l'institution psychiatrique*, Re-escritura de una conferencia dada en el Instituto Raul Suarez, Belo Horizonte, Octubre 1998. Texto cedido por el autor, traducción libre de Marcela Errecondo, autorizada por el autor.

Salud, educación y discapacidad

Dra. Gema Paramio-Pérez⁴

Dr. Ignacio Aguaded⁵

ESPAÑA

La discapacidad es una condición inherente al ser humano y en cierta medida casi todas las personas la sufrirán de forma puntual o permanente a lo largo de su vida, sobre todo en su senectud. Del mismo modo, una gran parte de los grupos familiares tienen o tendrán algún miembro discapacitado, y aquellos que no la sean, asumirán en su mayoría, el rol de cuidadores frente a amigos o parientes. La Organización Mundial de la Salud estima que más de mil millones de personas en el mundo viven con algún tipo de discapacidad, de las cuales un 15% representa a la discapacidad infantil (de 0 a 15 años) y un 2,2%, a personas que experimentan limitaciones graves en su funcionamiento (WHO, 2011). El abordaje de la discapacidad es un tema extremadamente complejo, ya que, actualmente no existe un acuerdo único sobre sus definiciones, evaluación o respuesta a nivel mundial. Así mismo, se dispone de muy poca información comparativa sobre su incidencia, distribución y prevalencia entre países, lo que dificulta aún más, establecer políticas sociales únicas frente a la discapacidad. En cada época se ha tratado de forma diferente, y esto ha tenido más que ver con el contexto social, político y cultural que con la persona discapacitada en sí misma (Egea y Sarabia, 2004). Históricamente el tratamiento de la discapacidad ha estado supeditado a soluciones segregadoras (como

⁴ Doctora en Comunicación. Profesora del Departamento de Psicología Evolutiva de la Universidad de Cádiz y Máster en Comunicación y Educación. Psicóloga Clínica especializada en Intervención Psicoeducativa y Trastornos del desarrollo. Miembro del Grupo de Investigación Ágora de la Universidad de Huelva (HUM 648). Autora de varios libros y artículos de impacto. Revisora de la revista científica Comunicar.

⁵ Catedrático de Universidad del Departamento de Educación de la Universidad de Huelva (España). Presidente del Grupo Comunicar, colectivo veterano en España en Educomunicación, y Editor de la reconocida revista científica «Comunicar» (indexada en JCR-Q1, Scopus-Q1...). Es además Director del Grupo de Investigación «Ágora», responsable de múltiples investigaciones nacionales e internacionales y de la dirección de numerosas tesis doctorales. Es Director del Máster Internacional Interuniversitario de Comunicación y Educación Audiovisual (UNIA/UHU) y Subdirector del Programa Interuniversitario de Comunicación (US, UMA, UCA y UHU). Premio de Mejor Investigador de la Universidad de Huelva 2015 en Ciencias Sociales. Ha sido Vicerrector de Tecnologías, Innovación y Calidad de la Universidad de Huelva durante 7 años (2005-12).

instituciones residenciales o escuelas especiales), pero en la actualidad, la tendencia aboga por considerarla una cuestión de derechos humanos, y opta por medidas basadas en la inclusión y la educación para la mejora de la calidad de vida de estas personas (Parmenter, 2008).

El objetivo de este capítulo es ofrecer una panorámica general para la comprensión de la discapacidad desde dos de sus perspectivas más relevantes: la salud y la educación. En su recorrido se abordarán temáticas como: su conceptualización, la evolución de los modelos tradicionales para la inclusión y la calidad de vida, la discapacidad intelectual dentro del marco de las discapacidades y su abordaje actual a través del modelo de la planificación y evaluación para la intensidad de los apoyos.

1. Conceptualizado la discapacidad

La conceptualización de la discapacidad es un gran reto y sigue suscitando tensiones entre las diferentes visiones de la que es objeto (Toboso y Arnau, 2008). Su definición va más allá de un etiquetaje o una clasificación, revelando una problemática a nivel mundial que, tal y como apunta Cáceres (2004):

... pone sobre la mesa cuestiones como la igualdad, la justicia social, la marginación, la opresión, la participación (...) y en este contexto resulta de especial relevancia, el papel protagonista de las propias personas con discapacidad y el esfuerzo de los organismos internacionales por superar lastres históricos relacionados con la definición... (p. 74)

Para una mejor comprensión del panorama actual y sin pretensión de hacer un repaso histórico, es necesario poner la discapacidad en contexto y hacer una breve reflexión sobre la evolución los tres modelos tradicionales que han servido como marco de referencia al actual tratamiento de la discapacidad: el modelo de prescindencia, el modelo médico o rehabilitador y el modelo social.

En el primer modelo (datado en la época clásica y el medievo), la discapacidad era considerada una carga social, innecesaria y prescindible (ver Tabla 1). Esta idea podría parecernos, a día de hoy, descabellada; sin embargo, las desafortunadas declaraciones como las de la ex Titular de la Secretaría de Educación de Quintana Roo (México), Marisol Alamilla Betancourt, ponen de manifiesto que estas creencias siguen estando fuertemente enraizadas:

Lo que menos queremos tener en el Estado es niños en estas condiciones (de discapacidad) y el sector salud se encarga de eso, y cada día vamos a tener menos, y así

lo vamos a tratar de trabajar, para que cada día se necesiten menos maestros para estos niños (...) porque lo que más queremos es que no existan, porque lo ideal es tener un niño bien, con buenas condiciones cognitivas, eso es lo que estamos buscando (SIPSE.com, 18 de enero de 2018).

Tabla 1. Modelo de prescindencia (Toboso y Arnau, 2008)

| Modelo 1 | Origen de la discapacidad | Consideración de las personas discapacitadas | Tratamiento social de la discapacidad |
|--|----------------------------------|--|---|
| Submodelo eugenésico (Período Clásico: Grecia y Roma) | Religiosa | Carga social prescindible | *Prácticas eugenésicas *Infanticidio |
| Submodelo de marginación (Medieval) | Religiosa | * Infravaloración * Objeto de compasión y rechazo | * Exclusión (<i>Característica definitoria a lo largo de la historia</i>) * Mendicidad |

En el segundo modelo (Tabla 2) la discapacidad adquiriría la consideración de enfermedad, y como tal, su tratamiento estaba centrado en la rehabilitación de la persona a través de la medicalización o la segregación en centros especiales de tratamiento (escuelas especiales). Su objetivo primordial era la normalización del estado de salud para la integración social, con lo cual existía un vacío en relación a aquellos trastornos que la medicina no podía “curar” (por ejemplo, el déficit intelectual) o explicar. Así mismo, la resistencia a dejar de pensar en la discapacidad como enfermedad, ha promovido (bajo el prisma de la superchería y pese a la evidencia científica), que proliferen en la actualidad falsas terapias alternativas que prometen ser la panacea para la cura de la discapacidad, poniendo en riesgo la salud de las personas. A modo de ejemplo expondremos la siguiente noticia, de la que se han hecho eco diferentes medios internacionales:

El Departament de Salut ha abierto expediente sancionador contra los organizadores de una conferencia sobre el autismo que se ha celebrado esta mañana en Balaguer (Noguera). Los promotores del acto defienden la utilización de un producto denominado MMS que contiene lejía (clorito de sodio) para la cura de este trastorno mental también

denominado Trastorno del Espectro Autista (TEA) (El Periódico, 10 de octubre de 2018).

Tabla 2. Modelo médico o rehabilitador (Toboso y Arnau, 2008)

| Modelo 2 | Origen de la discapacidad | Consideración de las personas discapacitadas | Tratamiento social de la discapacidad |
|---|----------------------------------|--|--|
| <i>Aproximadamente desde el S.XVI hasta el S.XIX</i> | Médico-científicas | <ul style="list-style-type: none"> * Enfermos o faltos de salud * Atención centrada en la deficiencia * Aportación comunitaria si son rehabilitados * Paternalismo y caridad | <ul style="list-style-type: none"> * Normalización hacia lo estándar * Creación de espacios protegidos (instituciones especiales) * Tratamiento totalmente medicalizado |

Por último, en el tercer modelo (Tabla 3) (surgido como crítica a los dos anteriores), la discapacidad adquirió el estatus de producto social, fruto de las limitaciones y desigualdades generadas en las estructuras sociales, relegando a un segundo plano los componentes intrínsecos de la persona (tanto físicos como psicológicos) como origen de la discapacidad. Desde este modelo se defiende el derecho de todas las personas a tomar decisiones sobre las cuestiones que atañen a su desarrollo como sujeto moral y se esbozan herramientas encaminadas al desarrollo de su autonomía, sin embargo y tal como apunta Palacios, no hay que olvidar que las personas somos interdependientes (Palacios, 2008).

Tabla 3. Modelo social (Toboso y Arnau, 2008)

| Modelo 3 | Origen de la discapacidad | Consideración de las personas discapacitadas | Tratamiento social de la discapacidad |
|--|----------------------------------|---|---|
| <i>A partir del S.XX Nace a partir del rechazo de las características de los dos modelos anteriores</i> | Social | Producto de las limitaciones de la sociedad para prestar apoyo a las necesidades de las personas. | Importante repercusión en las políticas sociales que involucran a la discapacidad: Igualdad de derechos y oportunidades, integración, autonomía, etc. Lo que la persona puede aportar a la sociedad va a depender de la inclusión y el reconocimiento de sus diferencias |

En la actualidad los paradigmas que abordan el fenómeno de la discapacidad implican una dialéctica entre el modelo médico y el social, tratando de superar los escollos de los modelos tradicionales que aún coexisten en menor o mayor grado en nuestra sociedad. A menudo, estas dos perspectivas se han considerado dicotómicas (Palacios y Romañach, 2006; Toboso y Arnau, 2008), sin embargo, la mayoría de los autores están de acuerdo en que la discapacidad no debe considerarse como algo puramente médico o social (OMS, 2011; Padilla-Muñoz, 2010; Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002), sino como un fenómeno de interacción multidimensional, transcultural y de aplicación universal, que requiere de un lenguaje común para el entendimiento de la discapacidad.

2. Evolución de los modelos para la inclusión social y la calidad de vida

La evolución de las diferentes perspectivas ha dado lugar a la progresiva mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, y en los últimos 30 años se han realizado importantes avances para las acciones sociales y las políticas activas que se vienen desarrollando en la actualidad. Así mismo, la evolución de los principales modelos ha contribuido a los actuales principios de la inclusión social, dejando atrás los antiguos planteamientos desde la visión normativa.

2.1. De la normalización a la inclusión social: un abordaje desde la pedagogía

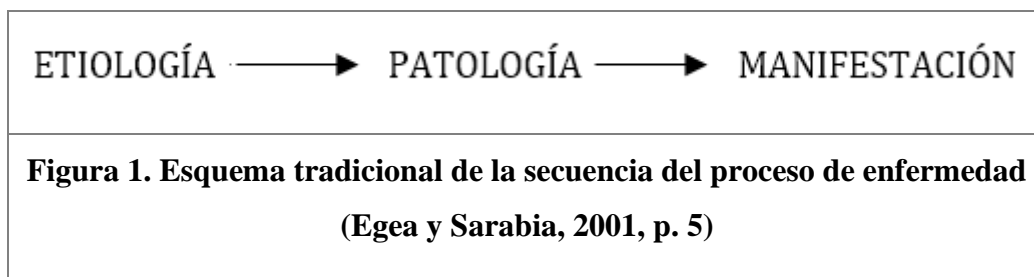
El principio de normalización fue lanzado por Bank-Mikkelsen (director del Servicio Danés para el Retraso Mental) a mediados de los años 50, bajo la premisa de que las personas con deficiencia mental debían llevar una existencia tan próxima a la normalidad como les fuera posible (Bank-Mikkelsen, 1975). Esta corriente se extendió desde Europa a Estados Unidos y Canadá, desde donde Wolfensberge redefinió el principio para darle una formulación más didáctica (aproximándose al abordaje actual desde el modelo de los apoyos):

Normalización es la utilización de medios culturalmente normativos (familiares, técnicas valoradas, instrumentos, métodos, etc.), para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios de salud, etc.) sean al menos tan buenas como las de un ciudadano medio, y mejorar o apoyar en la mayor medida posible su conducta (habilidades, competencias, etc.), apariencia (vestido, aseo, etc.), experiencias (adaptación, sentimientos, etc.), estatus y reputación (etiquetas, actitudes, etc.) (Wolfensberge, 1975, citado por Egea y Sarabia, 2004, p3).

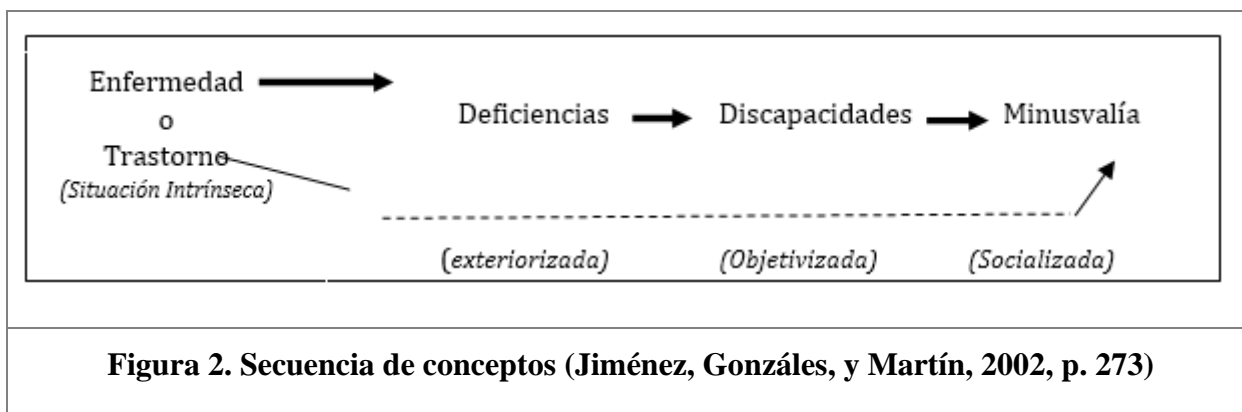
En 1975, el principio de normalización empieza a cobrar importancia frente a las políticas intervención para las personas con discapacidad, dando como resultado la publicación del Informe Warnock, que recogía el principio de integración en el ámbito escolar. Desde este informe se señalaba que estos niños tenían necesidades especiales y que por tanto demandaban necesidades educativas especiales dentro del marco de la escolarización ordinaria. Este principio se extendió más allá del ámbito académico y se comenzó a hablar de integración social o integración laboral. En 1994 y tras la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, celebrada por la UNESCO bajo el lema "Acceso y calidad" se empezó a vislumbrar el principio de inclusión (Egea y Sarabia, 2004).

2.2. El estado de salud y la participación funcional para la calidad de vida

Dando un paso al frente, en los años 80, la OMS promovió la primera Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), provocando un punto de inflexión en la consideración de las personas con minusvalías. Con esta clasificación trató de superar las barreras del esquema tradicional de enfermedad (Figura 1), contemplado en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) (Cáceres, 2004).



La CIDDM trató de ir más allá del concepto de enfermedad, poniendo el foco de atención en la clasificación de las “consecuencias” que ésta provocaba en el individuo (tanto en el cuerpo y la persona, como en su relación con la sociedad), generando un nuevo esquema que definía tres conceptos fundamentales que aún se utilizan en la sociedad: deficiencias (exteriorización de las consecuencias de la enfermedad manifestada tanto en órganos como en funciones), discapacidades (derivadas de las deficiencias desde el punto de vista de las funciones y las actividades de la vida diaria) y minusvalía (desventajas sociales derivadas de las deficiencias y las discapacidades (ver Figura 2) (Egea y Sarabia, 2001; Jiménez, González y Martín, 2002).



Tras la 54 Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en 2001 (y tras casi veinte años de revisiones de la CIDDM), se aprobó un nuevo sistema de clasificación que se distanciaba bastante del anterior y que acercaba posiciones a la CIE como una clasificación complementaria, dando lugar a la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Discapacidad (CIF), que fue concebida como medida estándar para la evaluación de la salud y la discapacidad (tanto a nivel individual como poblacional) y aceptada por 191 países miembros de la OMS, durante la citada asamblea (WHO, 2001).

Esta clasificación aborda la discapacidad y la salud desde un modelo biopsicosocial (integrando así las perspectivas anteriores) y abandona el enfoque de consecuencia de la enfermedad,

centrando su objetivo en la salud y los estados de salud relacionados. La CIF entiende la discapacidad como un fenómeno multidimensional resultado de la interacción entre la persona y su contexto físico y social. Su visión global comprende dos componentes fundamentales y la interacción entre ellos (Figura 3): por un lado, el funcionamiento y la discapacidad y por otro, los factores contextuales. Estos componentes, a su vez, pueden ser expresados en términos positivos o negativos y comprenden varios dominios (Jiménez, González y Martín, 2002).

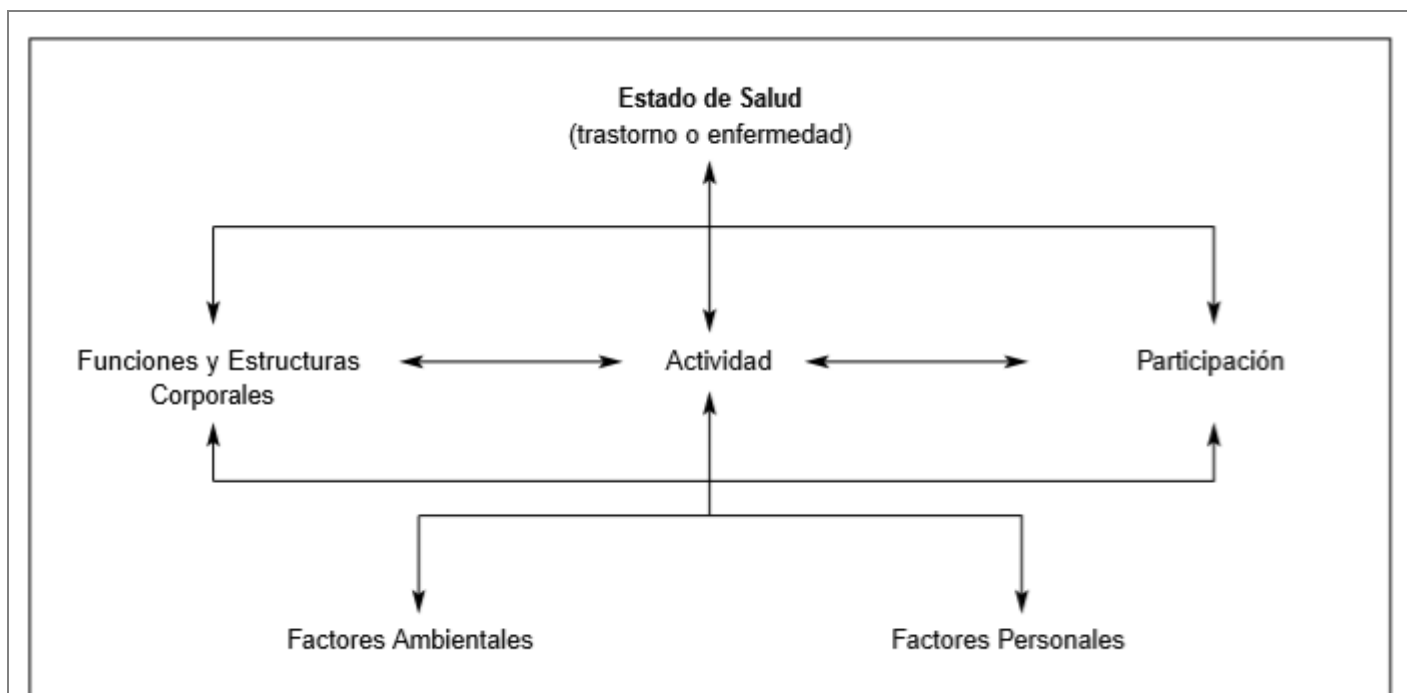


Figura 3. Esquema de múltiples interacciones de la CIF (Egea y Sarabia, 2001, p.20)

Como elemento innovador, podemos destacar el segundo componente de la CIF referido a los factores contextuales. La OMS, recoge por primera vez la importancia de la experiencia vivencial de las personas con discapacidad a través de los factores personales y ambientales: por un lado, reconoce que la discapacidad se vive de forma diferente en función de los atributos de la persona, y por otro, que los factores ambientales contribuyen a esta experiencia, actuando como obstaculizadores o facilitadores. Por ejemplo, un entorno con barreras (edificios inaccesibles o baja disponibilidad de sistemas de apoyos) limitará la actividad y participación del individuo, mientras que un entorno más facilitador la potenciará (Cáceres, 2004).

Este nuevo constructo de discapacidad, zanja también el intenso debate suscitado sobre la inclusión del retraso mental/discapacidad intelectual en el abordaje general de las discapacidades, permitiendo que ya no sea considerada como un rasgo único e invariable de la persona y que encaje en los mismos presupuestos de la CIF: interacción de la persona y su ambiente, importancia de los apoyos para el funcionamiento individual y la comprensión de la identidad de la discapacidad. De forma subyacente, este modelo contempla los presupuestos de calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, entendiéndose esta como: un estado deseado de bienestar personal, que es multidimensional, tiene propiedades éticas ligadas a la cultura, componentes objetivos y subjetivos y está influenciada por factores personales y ambientales (Schalock y Verdugo, 2002).

3. La discapacidad intelectual, dentro del modelo global de discapacidades

A pesar de que en la literatura científica podemos encontrar los términos retraso mental y discapacidad intelectual (ambos vigentes en la actualidad), en este capítulo (no entraremos en discusiones terminológicas), y nos decantaremos por el de discapacidad intelectual por considerarlo más actualizado y en consonancia con la CIF.

La conceptualización y el tratamiento social de la discapacidad intelectual o retraso mental, ha sido diferente al resto de las discapacidades. Su abordaje ha partido fundamentalmente de las asociaciones creadas gracias a la movilización de las personas afectadas y su aceptación dentro del abordaje general de las discapacidades ha supuesto un largo camino. Desde 1876 la *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), anteriormente denominada *American Association on Mental Retardation* (AAMR), ha venido realizando valiosas aportaciones, que han servido de sustento al actual constructo de la discapacidad intelectual (Tabla 4). Como aportación más relevante destacamos la publicación en 2002, de su manual actualizado, por proporcionar un marco explicativo y de intervención para las personas con discapacidad intelectual (en adelante DI) dentro del abordaje general de las discapacidades.

Tabla 4. Aportaciones relevantes de la AARM al constructo de discapacidad intelectual (García, 2005)

| Aportaciones | Año |
|---|------------|
| Aplicación de criterios numéricos al Coeficiente intelectual (consiguiendo diagnósticos más objetivos) | 1957 |
| Inclusión del concepto de conductas adaptativas | 1959 |
| Establecimiento de dos desviaciones típicas por debajo de la media en la valoración del CI | 1973 |
| Conceptualización del retraso mental y creación de su nuevo paradigma | 1992 |

Al amparo de este panorama, desde la AAIDD y la OMS, se contempla una nueva visión en la que: “La discapacidad intelectual está caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como el comportamiento adaptativo, que se expresan en las habilidades conceptuales, sociales y de adaptación práctica” (Schalock, 2009, p.3).

Siguiendo en la línea de la CIF, estas limitaciones ya no deben considerarse inamovibles, ya que pueden variar significativamente en función de los apoyos que reciba la persona (tanto en tiempo como en intensidad), por lo que el abordaje de la discapacidad debe enfocarse desde una perspectiva interaccionista.

4. Abordaje actual de la discapacidad intelectual: el modelo de los apoyos

Para finalizar este capítulo, expondremos uno de los modelos más actuales en el abordaje de la discapacidad intelectual. Partiendo del modelo del funcionamiento humano de la CIF, se presentará a continuación el modelo de la planificación y evaluación de los apoyos propuesto por la AAMR.

El modelo del funcionamiento humano (Figura 4) pone de manifiesto la importancia de los apoyos (entendidos como: recursos y estrategias) para la optimización de la participación

funcional individual en cada uno de los ambientes en los que la persona se desenvuelve (escuela, trabajo, familia, comunidad, etc.). En base a esto, la AAMR en 2002, creó una secuencia de pasos a seguir para planificación y evaluación de los apoyos en personas con discapacidad intelectual.

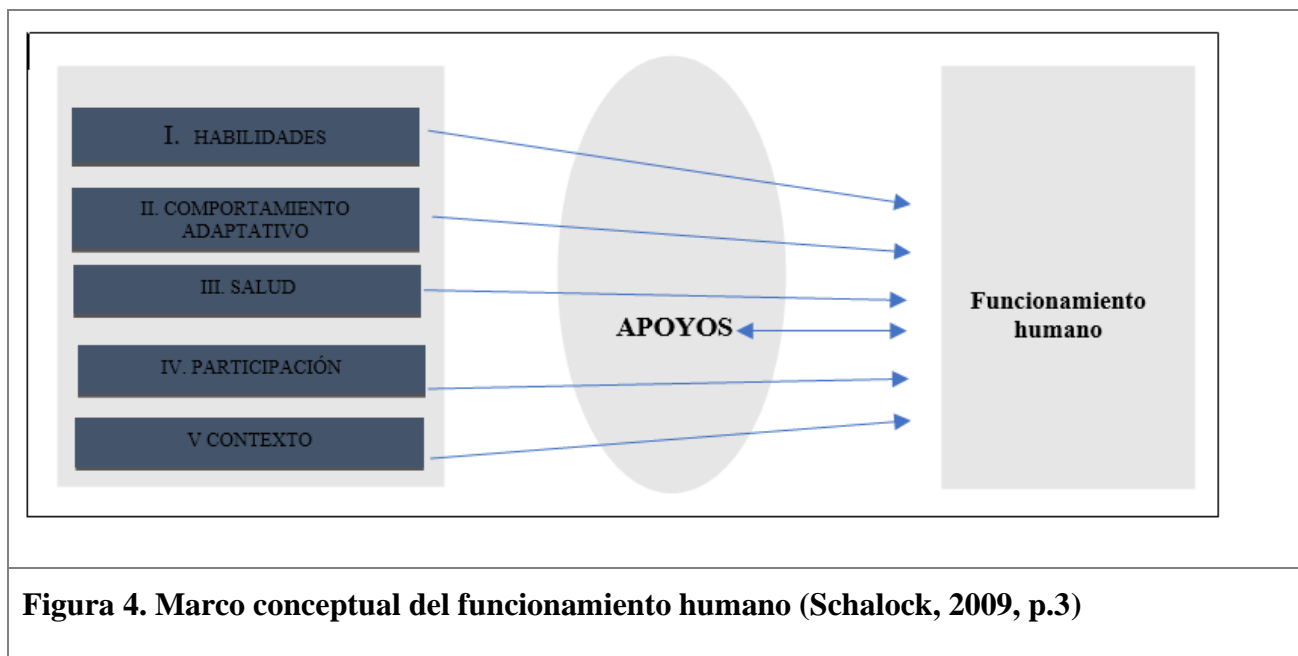


Figura 4. Marco conceptual del funcionamiento humano (Schalock, 2009, p.3)

La secuencia comprende cuatro pasos: 1º Identificación de las áreas relevantes de apoyo (Tabla 5), 2º Identificación de las actividades de apoyo por área, 3º Valoración de intensidad de los apoyos (Tabla 6) y 4º Realización del plan.

Tabla 5. Áreas de apoyo del Manual de la AAMR (García, 2005, p. 13)

| | |
|---------------------------------|--|
| Área de desarrollo humano | Área de Salud y Seguridad |
| Área de aprendizaje y educación | Área conductual |
| Área de vida en el hogar | Área Social |
| Área de vida en la comunidad | Área de protección, derechos y responsabilidades |
| Área de empleo | |

Tabla 6. Clasificación de la intensidad de los apoyos de la AAMR, ILEG. (Junta de Andalucía, 2008)

| | |
|------------------|--|
| Intermitente (I) | Apoyo cuando sea necesario. Puede ser de alta o baja intensidad (P.ej. Agudización crisis médica) |
| Limitado (L) | Se ofrecen por un tiempo limitado, pero sin naturaleza intermitente (P.ej. preparación e inicio de nueva actividad, transición de la escuela al instituto...). |
| Extenso (E) | Implicación regular en al menos algunos ambientes y por su naturaleza, no limitada en cuanto al tiempo. |
| Generalizado (G) | Caracterizados por su constancia, elevada intensidad y provisión en diferentes ambientes. Pueden durar toda la vida. |

Una vez concretado y materializado el plan, los apoyos adecuados deberían contribuir a minimizar las discrepancias entre la persona y su entorno. Así mismo, la reducción de las limitaciones funcionales debería dar lugar a una mayor autonomía y, por ende, a una mayor participación de la persona en la vida plena de la comunidad (mejorando así, su calidad de vida).

Este modelo representa una materialización de todo lo expuesto a lo largo de este capítulo, sin embargo, no debemos dejar de reflexionar sobre las posibilidades reales de su utilización a nivel universal. Desde las escuelas se está utilizando este modelo para dar respuesta a las necesidades educativas específicas del alumnado con discapacidad (Pascual, 2000), sin embargo, la falta de recursos en los centros ordinarios hace que este modelo esté más próximo a la utopía que a la realidad.

Referencias

- Bank-Mikkelsen, N. (1975). El principio de normalización. *Revista Siglo Cero*, 37, 16-21.
- Cáceres, C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Revista Electrónica de Audiología*, 2(3), 74-77.
- Egea, C., y Sarabia, A. (2004). Un nuevo marco para la discapacidad. *Revista Polibea*, 72, 33-39.

Egéa, C., y Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato*, 50, 15-30.

El Periódico (10 de octubre de 2018). Salud expedienta a unos curanderos que venden cloro contra el autismo. *El Periódico*. Recuperado de:

www.elperiodico.com/es/sociedad/20181014/salut-curanderos-cloro-autismo-7088047

García, I. (2005). Concepto actual de discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 14(3), 255-276.

Jiménez, M. T., González, P., y Martín, J. M. (2002). La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 271-219.

Junta de Andalucía. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad intelectual*. Sevilla, España: Junta de Andalucía, Consejería de Educación.

Organización Mundial de la Salud y Grupo del Banco Mundial (2011). *Resumen Informe Mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de

https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/

Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 16, 381-414.

Palacios, A., y Romañach, J. (2006). El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. *Revista Derechos y libertades*, 17, 231-239.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid, España: Ediciones Cinca S.A.

Parmenter, T. (2008). The present, past and future of the study of intellectual disability: challenges in developing countries. *Revista de Salud Pública de México*, 50(2), 124-131.

Pascual, M. A. (2002). Tecnologías de apoyo a la discapacidad y dificultades de aprendizaje. *Revista Comunicar*, 15, 159-167.

Schalock, R. L. (2009). The new definition of intellectual disability, individual supports, and personal outcomes. *Revista Española de Discapacidad Intelectual*, 40(1), 22-39.

Schalock, R. L., y Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, USA: American Association on Mental Retardation.

SIPSE.com (18 de enero de 2018). Marisol Alamilla renuncia a la Secretaría de Educación. *SIPSE.com*. Recuperado de: <https://sipse.com/novedades/marisol-alamilla-secretaria-educacion-quintana-roo-renuncia-escandalos-ninos-gobierno-282408.html>

Toboso, M., y Arnau, M. S. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Araucaria-Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 10(20), 64-94.

Velarde-Jurado, E., y Avila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de Vida. *Revista de Salud Pública México*, 44, 349-361.

World Health Organization, WHO. (2011). *Report on disability*. Ginebra, Suiza: WHO Ed.

World Health Organization, WHO. (2001). *54ª Asamblea Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/classifications/icf/wha-sp.pdf?ua=1>

Abordajes integrales en salud mental y discapacidad intelectual: desafíos en la formación de recursos humanos

*Mónica Lacanna*⁶

*Erland Moreno*⁷

ARGENTINA

Nuevos escenarios epidemiológicos: desafíos para la formación de Recursos Humanos en salud

Los cambios demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos que se registran en la Región han llevado según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2017), a un aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT), los trastornos mentales, las discapacidades, los traumatismos causados por el tránsito y la violencia doméstica e interpersonal. Siendo estos los principales problemas de salud que requieren ser atendidos por sistemas sanitarios que deben mejorar el desempeño y la capacidad de respuesta en términos de equidad, universalidad, calidad, efectividad y eficacia, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y la perspectiva del curso de la vida.

⁶ Licenciada en Psicología. Ex residente y jefa de residentes de la RISaM. Coordinadora del Programa de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental y jefa del departamento de Docencia e Investigación de la Colonia Nacional Dr. M Montes de Oca.

⁷ Médico especialista en Psiquiatría y Psicología Médica. Diplomado en Educación Superior. Ex residente de la RISaM. Instructor de Psiquiatría de la RISaM e integrante del equipo de Docencia e Investigación en la Colonia Nac. M. Montes de Oca. Médico de Guardia y Coordinador Médico del área de Internación Psiquiátrica en Clínica Privada Estancia del pilar.

Este cambio en el escenario epidemiológico, que apunta a otras formas de resolución de los problemas de salud está además caracterizado, según Frenk (2010), por la ampliación de la población urbana, con aumento de la concentración de personas en espacios con condiciones sanitarias más precarias; nuevos riesgos infecciosos, ambientales y de comportamiento, así como la necesidad de racionalización de los costos de los servicios de salud. Condiciones que plantean un desafío importante a los procesos de formación de los recursos humanos, entendiendo que estos son una estrategia política para el cambio de la lógica asistencial, fortalecimiento de la cobertura universal de salud y, consecuentemente, para la mejora en las condiciones generales de vida y de salud de las personas.

El campo de la salud mental y la discapacidad, no está excepto de estos desafíos. Autores como Alsina (2004) ya hacían referencia, en relación a la Discapacidad Intelectual, a falencias en los recursos, resaltando el ejemplo de que en España, un estudiante de cualquier disciplina de las ciencias de salud no podría adquirir un conocimiento integrado del problema en cuestión y que concluirá su formación inicial sin el contacto mínimo e imprescindible con estas problemáticas (p. 24).

Por otro lado, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe los sistemas de salud mental enfrentan desafíos significativos en cuanto a la cobertura de los tratamientos, los modelos inadecuados y anticuados de atención, así como la estructura de servicios fragmentada y la insuficiente coordinación entre los niveles primario, secundario y terciario (OPS, 2017). Asimismo, tanto OPS/OMS (2009) reconocen que los programas de salud mental dependen fundamentalmente del recurso humano capacitado debidamente y sostiene que es poco probable que los métodos tradicionales puedan ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de salud mental de la población, por lo que serán necesarios abordajes novedosos en pos de fortalecer las competencias profesionales (p.13)

La formación y capacitación de recursos humanos se constituye en un desafío constante para las instituciones y dispositivos que integran los sistemas de salud. Según la OMS:

Esta labor incluye el fortalecimiento de las instituciones y facultades para formar y capacitar a un personal sanitario especializado; el fomento de las inversiones para mejorar la infraestructura educativa; la creación de mecanismos para mejorar el acceso a las tecnologías y los materiales educativos, y la mejora de las capacidades nacionales para responder a las necesidades de los países en materia de salud a través de la formación y capacitación, y de la reglamentación de la práctica.(OMS, s.f.)

Educación Interprofesional: una estrategia en la formación de RRHH

Las nuevas demandas que surgen en la posmodernidad interpelan a que la prestación de servicios en salud se lleve a cabo por profesionales capaces de dar respuestas a problemáticas cada vez más complejas, lo que genera nuevos desafíos a las instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos en salud. Los ámbitos formativos, deberán promover además de los conocimientos básicos disciplinares, un nuevo conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes centrados en la atención de las personas en el proceso de gestión en salud; trabajar en equipo de manera coordinada con los pares y establecer estrategias de manera intersectorial que les permitan a los profesionales una mirada más amplia del trabajo.

Según un informe publicado en la revista *The Lancet* (Frenk et al., 2010) plantea 9 grandes desafíos para la formación de los profesionales de la salud para este nuevo siglo:

- Incompatibilidad de las competencias con las necesidades de la población.
- Limitadas competencias para el trabajo en equipo.
- Estratificación persistente de las relaciones de género en el status de los trabajadores de salud.
- Énfasis en las habilidades técnicas.
- Dificultad de análisis y comprensiones de problemáticas más amplias del contexto.
- Trabajo fragmentado a partir de encuentros esporádicos en lugar de cuidados continuos.
- Formación predominantemente orientada por la lógica hospitalaria en detrimento de la atención primaria.
- Desequilibrios cuantitativos y cualitativos en el mercado de trabajo profesional.
- Frágiles capacidades de liderazgo para mejorar el desempeño del sistema de salud.

En este sentido, algunos autores referenciados en el documento “Marco de acción sobre la educación interprofesional y la práctica colaborativa” de la OMS, manifiestan que la educación interprofesional y las prácticas colaborativas, son consideradas ahora como estrategias que pueden ayudar a mitigar la crisis global del personal sanitario y que además permiten optimizar las competencias y la prestación de asistencia sanitaria holística, de alta calidad y centrada en las personas. (De Souza, S., De Bortolli, E., Menezes da Silva, F., 2017).

Para Reeves et al (2013), la prestación de la atención eficaz y de alta calidad a los pacientes es una actividad compleja que exige que los profesionales de la salud y atención social trabajen en conjunto y de manera efectiva, en este sentido el autor señala que la colaboración entre profesionales puede ser problemática y que una posible manera de optimizar esta colaboración cobra forma a partir de la educación interprofesional [EIP].

La EIP según la definición de OMS (2010) “ocurre cuando los estudiantes de dos o más profesiones aprenden sobre los demás, con los demás y entre sí, para permitir una colaboración eficaz y mejorar los resultados de salud” (p. 7)

Según el informe de reunión publicado por la OPS (2017), de acuerdo con la OMS, la adopción de un modelo de educación interprofesional sería una prioridad, por lo que recomienda que las instituciones educativas adapten integralmente para promover la educación interprofesional y la práctica colaborativa, todo esto en consonancia con la estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 (p. 10).

Formación de posgrado en Argentina: Las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental [RISaM]

En la Argentina, la formación de posgrado en salud está comprendida tanto por las carreras de especialización, maestría y doctorado, dictadas por las Universidades, como por las Residencias básicas y/o post básicas que dependen del sector salud. (Duré et al, 2015, p. 4).

La Residencia de Salud “es un sistema de formación integral de postgrado para el graduado reciente en las disciplinas que integran el equipo de salud, cuyo objeto es completar su formación de manera exhaustiva, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente, bajo la modalidad de formación en servicio”. (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

En nuestro país, la primera residencia, se crea en el año 1944 para médicos, por parte del Dr. Tiburcio Padilla. Serán necesarias cuatro décadas, para que se incorporen otras profesiones al sistema de formación. Es a partir de la década del 80´ que se empiezan a generar residencias para otros profesionales de la salud y se crean las primeras experiencias interdisciplinarias en la capacitación del recurso humano.

En 1985, el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires crea el Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud e incorpora residencias en Bioquímica y Microbiología, Odontología,

Psicología Clínica, Psicología Clínica Infanto Juvenil, Servicio Social, etc. En esos años, la provincia de Buenos Aires crea el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias, que propone otro modelo de formación para Medicina General, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría y Enfermería. En el mismo año, el Ministerio de Salud de la Nación, crea las Residencias Interdisciplinarias en Salud mental con el objetivo de formar RRHH en consonancia con las transformaciones planteadas a nivel mundial en este campo, tanto a nivel de las conceptualizaciones y las prácticas, como a nivel de los modos de organización de los sistemas de atención. Inspiradas en novedosos modos de pensar la formación en salud mental, Galli intentó reinventar algo del espíritu del Lanús en la década del 80 y en el área de formación propuso un modelo diferente a las residencias tradicionales: las RISaM. El proyecto consistía en que el residente se formara en equipos interdisciplinarios desde el inicio y se partiera de la salud para llegar a la enfermedad. Comenzando por el nivel de atención primaria de la salud en primer año hasta la terciaria en el último año de residencia. Eran tiempos en los que se esperaba la “Salud para todos en el año 2000”. (Vainer, 2003). Este proyecto se concretó en algunas provincias, donde aún existen RISaM y en los monovalentes de la Ciudad Autónoma de Bs. As., en donde luego dejaron de funcionar y se continuó con la tradicional formación disciplinar. A partir del año 2000 el Ministerio de Salud de la Nación, comienza un proceso de promoción y fortalecimiento de este tipo de formación, redirigiendo y promoviendo los cupos para las residencias interdisciplinarias de salud mental y creando en el año 2015 el Marco de referencia para el equipo de salud mental, donde por primera vez se establece el perfil de los profesionales integrantes del equipo y se establecen las competencias necesarias que se deben adquirir en el proceso de formación.

La RISaM de la Colonia Nacional Manuel Montes de Oca.

La Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, es un organismo socio sanitario descentralizado del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, cuya misión es *brindar atención integral a personas con discapacidad mental y/o con otras discapacidades asociadas, propiciando su habilitación y rehabilitación, dentro del área geográfica de influencia*, mediante el desarrollo de acciones socio-sanitarias que posibiliten la construcción de redes locales de salud; la implementación de alternativas de tratamiento y rehabilitación en la comunidad que faciliten la reinserción familiar y social de personas que se encuentran institucionalizadas; propendiendo la reconversión paulatina y gradual del modelo de atención

asilar, de acuerdo a lo establecido en las normas nacionales vigentes y mediante la promoción de actividades de capacitación e investigación relacionadas a la misión institucional, en el marco de la cual se desarrolla el Programa de Formación de la Residencia.

Todas las acciones estratégicas desarrolladas por la institución, con el fin de transformar el modelo de atención, desde la concepción asilar hacia un modelo comunitario y centrado en la persona, se basan en:

- El reconocimiento de la Discapacidad como problemática socio –sanitaria a partir del modelo social establecido en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, buscando identificar los procedimientos institucionales para garantizar el ejercicio de los derechos y la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental y/o discapacidad intelectual.
- Comprender que el ejercicio profesional se encuentra regulado por las normativas que componen el sistema internacional y nacional de Derechos Humanos. Y que el mismo debe ser enmarcado en los principios deontológicos, la bioética y la ética social.
- Comprender los aspectos políticos, legales e institucionales que rigen el sistema de servicios de salud y generar las condiciones que contribuyen a garantizar la cobertura y accesibilidad de la población
- Fomentar la necesaria integración de las dimensiones clínicas y comunitarias, las distintas perspectivas disciplinarias, incorporando los determinantes y/o condicionantes sociales relevantes de la salud, que permita un abordaje integral en las prestaciones brindadas.

Es en este contexto, que a partir del año 2004 comienza a funcionar la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental en la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca. La RISaM al igual que otras Residencias homónimas, es una residencia básica, integrante del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, que ofrece formación en la especialidad elegida durante el trayecto de formación. No requiere formación previa en otra especialidad y se ingresa con título de grado. Tiene una duración total de tres años, con instancias de promoción anual que se encuentran divididas en periodos de doce meses, configurando de esta manera tres grupos de residentes: residentes de primer año, residentes de segundo año y residentes de tercer año. Es un programa de formación integral de posgrado para el graduado reciente de las profesiones de psicología, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería y

medicina, estos últimos son formados para la especialidad de psiquiatría (Equipo Docente, 2018).

La RISaM Tiene por objeto formar profesionales en el marco del equipo de salud, que puedan gestionar los diferentes procesos de atención en salud mental, desde una concepción que tiene en cuenta: la complejidad del campo determinado por los múltiples condicionantes que interactúan sobre la salud mental; las capacidades de las personas, promocionando los medios que hagan posible las oportunidades de inclusión social y autonomía; la continuidad de cuidados como eje de las estrategias terapéuticas y que considera que el derecho a la salud debe garantizar la gratuidad, universalidad, equidad, integralidad, accesibilidad y calidad de la atención brindada, tal como se expresa en el Marco de Referencia para la Formación del Equipo de Salud - Residencia interdisciplinaria en Salud Mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2015b).

El contenido del programa la RISaM (Equipo docente, 2018), se encuentra integrado por las prácticas profesionales (rotaciones en servicio y/o programas de atención) y los bloques curriculares disciplinares e interdisciplinares (espacios de articulación teórico- prácticos). El mismo persigue el desarrollo de tres competencias principales: las competencias comunes a todas las profesiones, las competencias específicas de cada área profesional y las competencias de colaboración, identificando las estrategias pedagógicas para cada una de las actividades planteadas y el sistema e instrumentos de evaluación para cada instancia.

Las estrategias pedagógicas sostenidas en los supuestos del aprendizaje de adultos (conocimientos previos y la aplicabilidad de lo que se aprende) y el aprendizaje basado en problemas [ABP], parten de la asignación y seguimiento interdisciplinario de las situaciones clínicas (paciente -familia - comunidad) en las que cada equipo de residentes debe intervenir desde el inicio de su formación. Es desde esta perspectiva que se generan diferentes espacios de acompañamiento por el equipo docente (Instructorías, tutorías, espacios clínicos compartidos, clases, talleres, supervisiones, etc) que permiten acompañar la resolución de conflictos, la deconstrucción de identidades profesionales estereotipadas que den paso a la construcción de una nueva identidad profesional específica que permita el trabajo en equipo, así como el ejercicio de pensamiento crítico en situaciones complejas para abordajes integrales, esto sin detrimento de la especificidad profesional de cada integrante de la RISaM, sino más bien con un desafío mayor que implica el desarrollo de capacidades profesionales que promuevan las prácticas colaborativas desde roles profesionales sólidamente conformados.

La evaluación es parte integral del programa de la RISaM (Equipo docente, 2018). Planificada durante todo el proceso de formación, combina su finalidad sumativa (acreditar la adquisición de competencias para otorgar la certificación correspondiente) con su función formativa, (proporcionar al residente feed-back sobre su aprendizaje, reflexionando sobre el desarrollo de sus actividades e identificando las dificultades, progresos y ayuda apropiada que cada residente necesita), lo que permite a su vez evaluar el desarrollo general del programa formación y en particular evaluar cada una de las actividades, dispositivos de formación y propuestas de enseñanza.

La evaluación es una instancia realizada por todo el equipo formador (docentes, instructores, supervisores, referentes asistenciales, jefes de residentes y los propios residentes) en este sentido, el seguimiento del desempeño del residente se realiza durante todo el año de formación y durante los tres años que integran la totalidad del proceso formativo, garantizando de este modo un proceso continuo de formación.



Comentarios finales

La formación de recursos humanos en el área de salud es sin duda uno de los pilares fundamentales para garantizar que los sistemas salud brinden una atención de calidad, a través

de profesionales capaces de brindar respuestas integrales a problemáticas cada vez más complejas, a partir del trabajo en equipo, de las prácticas colaborativas y de un abordaje centrado en las personas.

La experiencia del programa de formación de la RISaM en la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca, intenta en este sentido, acercarse a nuevas formas de pensar los procesos de aprendizaje, proponiendo la Educación Interprofesional, como forma “que prepare a los profesionales a través de educación interdisciplinaria y de las diversas experiencias de la realidad del trabajo en salud, en colaboración con las comunidades para atender las necesidades multifacéticas de niños, jóvenes y familias” (IPEC, 2011).

Este modelo de formación, sostenido en una política institucional que valoriza la realidad del trabajo como escenario de aprendizaje y promueve la formación entre diferentes áreas de conocimiento y actuación profesional, permite ir trabajando sobre los estereotipos que los profesionales tienen sobre otros de diferente categoría, el “elitismo académico”, las diferencias en los trayectos formativos de grado de cada disciplina, los prejuicios y estigmas que atraviesan las prácticas en salud y sus traducciones en conductas inclusivas o discriminatorias, generando las condiciones para la conformación de un equipo de trabajo que promueve, una comunicación interprofesional eficiente, un espacio donde cada profesional comprende su propio rol, competencia y responsabilidad y a su vez los roles, competencias y responsabilidades de las otras profesiones, de manera tal que pueden establecer metas y objetivos que aseguren la calidad de atención; respetan la diversidad de posiciones, buscando abordar constructivamente los conflictos y desentendimientos que puedan surgir y donde se estimulan las relaciones de interdependencia entre todos los profesionales del equipo para abordajes integrales del padecimiento mental y la Discapacidad Intelectual y respetuosos de las necesidades de la persona atendida.

Bibliografía

Alsina, R. N., Quillet, P. R., & Carulla, L. S. (2004). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para Técnicos y Cuidadores*. FEAPS N°4, 36. Recuperado el 10 de enero de 2019. de:

[.http://www.pleninclusion.org/sites/default/files/libro_saludmental.pdf](http://www.pleninclusion.org/sites/default/files/libro_saludmental.pdf)

De Souza Sabrina, Mikael Elias, De Bortoli Cassiani Silvia Helena, Menezes da Silva Fernando Antonio. (2017.) *La Red Regional de Educación Interprofesional en Salud de la*

OPS/OMS. Rev. Latino-Am. Enfermagem. DOI: 10.1590/1518-8345.0000.2866. Recuperado el 17 de enero de 2019. en:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2866.pdf

Duré M. I. (2015). *Residencias médicas en argentina 2015*. Revista argentina de medicina, Volumen 3 (5), p. 2-4. Recuperado el 12 de enero de 2019. de:

http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/Articulo_Residencias_Medicas_en_la_Argentina.pdf

Equipo Docente (2018). *Programa de Formación RISaM*. Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca. Departamento de Docencia e investigación. Buenos Aires.

Frenk, J. et al (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Lancet, v.376, n.9756, p. 1923-1958, 2010.

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IPEC) Core competencies for interprofessional collaborative practice. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative, 2011, p7).

Ministerio de Salud la Nación Argentina. (2015). *Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud*. Boletín oficial de la República Argentina.

Recuperado el 05 de enero de 2019. de:

<https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/VjY1QVpRczVqajArdTVReEh2ZkU0dz09>

Ministerio de Salud la Nación Argentina. (2015). *Marco de referencia para la formación del equipo de Salud*. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. Recuperado el 09 de enero de 2019. de:

<http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/Doc-Marco-SaludMental-102015.pdf.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *La educación interprofesional en la atención de salud: Mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr la salud universal. Informe de Reunion*. Bogotá, Colombia, 2017. Recuperado el 2 de febrero de 2019. de:

<http://untref.edu.ar/uploads/sid/Educaci%C3%B3n%20interprofesional%20para%20mejorar%20salud-%20OPS-%202016.pdf>

OPS, OMS. (2009). *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. (CD49/11). Whashington D.C. EUA. Recuperado el 8 de enero de 2019 de:

[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Esp.\).pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Esp.).pdf)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (Sin fecha). Sitio Web Mundial. *Personal Sanitario-Departamento de Recursos humanos para la salud*. Recuperado el 15 de enero de 2019 de:

<https://www.who.int/hrh/about/es/>

OMS (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Ginebra. Recuperado el 10/01/19. de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=288D43FCDC70F8BE775299671AD03E01?sequence=1

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., Zwarenstein, M. *Educación interprofesional: efectos en la práctica profesional y en los resultados de atención de la salud (actualización)*.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Número 3. Art. n.º: CD002213. DOI:

10.1002/14651858.CD002213.pub3. Recuperado el 21 de enero de 2019. de:

<https://extranet.who.int/rhl/es/topics/improving-clinical-practice-7>.

Vainer, Alejandro.(2003) *Memorias para el futuro: Cuatro camadas y un funeral*. La RISaM en la Capital. Revista Clepios N°32. 2003 Recuperado el 01de abril de 2019. de:

<https://www.topia.com.ar/articulos/cuatro-camadas-y-un-funeral-la-risam-en-la-capital>

Formación de formadores en el campo de la salud

*Javier Augusto Nicoletti*⁸

*Marcelo Claudio Perissé*⁹

*Gustavo García*¹⁰

ARGENTINA

Introducción

La formación en el campo de la salud se ha ido afirmando como un componente significativo en el mejoramiento del bienestar de la población, puesto que es una vía que favorece en aportar a la sociedad un proceso de capacitación permanente y efectiva en relación al acceso de datos, de información, de legislación, de conocimientos transversales y de nuevos hallazgos del campo. En los presentes escenarios caracterizados por el atravesamiento de la tecnología y la velocidad de la información, la implementación de una formación de los formadores en el campo de la salud cobra trascendencia en contribuir con herramientas precisas a la calidad del proceso.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud del año 1978 (Pto.I), ratificó que la salud es un derecho humano fundamental que “exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”. En este marco, cobra relevancia instar a los estados en la generación de “métodos y datos científicos nuevos, o utilicen los existentes,

⁸ Doctor en Educación con mención Cum Laude por la UNED (España). Magíster en Derechos Humanos en el Mundo Contemporáneo por la UNIA (España). Licenciado en Psicología con Diploma de Honor por la UBA (Argentina). Capacitador, docente e investigador universitario.

⁹ Doctor en Ciencias Económicas por la UNLaM (Argentina). Magíster en Informática por la UNLaM (Argentina). Posdoctorado en Economía Social por la UNC (Argentina). Director del Laboratorio Económico del Valor Agregado – Leva (<http://leva.com.ar/>).

¹⁰ Maestro y Profesor en Educación Física. Licenciado en Educación Física y Deportes. Diplomado en Análisis e implementación de la Ley de Salud Mental. Especialista en Docencia de la Educación Superior. Magíster en Educación Superior. Docente formador en Institutos Superiores de Formación Docente y Técnica (Provincia de Buenos Aires – Argentina-). Docente e investigador de la Universidad Nacional de la Matanza (Argentina). Director de Rehabilitación y Reinserción Social de la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca.

adaptándolos a los contextos nacionales con el fin de abordar los determinantes y los gradientes sociales de la salud, así como las inequidades sanitarias” (WHA62.14-Pto. 3.8), 2009).

Tomando como referencia el Informe sobre Fortalecimiento de la estructura sanitaria mundial: aplicación de las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a la Crisis Sanitaria (A/70/824, 2016), es de presente importancia el fortalecer los sistemas de salud a nivel mundial, dada la vinculación evidenciada entre dicho fortalecimiento y el desarrollo; puesto que la falta de desarrollo en los distintos sectores que componen la sociedad, como el caso de la educación, “puede incidir significativamente en la vulnerabilidad de las poblaciones a las enfermedades y en la capacidad de los agentes de salud para proporcionar servicios adecuados de atención sanitaria” (Pto.25).

De allí, que los programas destinados a la formación de los formadores en el campo de la salud, es decir, la formación de las personas calificadas profesionalmente en capacitar, enseñar y comunicar a otros en materia de salud, requerirá de la aplicación de propuestas efectivas de capacitación dedicadas a estudiar, a comprender, a relacionar, a comparar y dar respuestas a la complejidad de la realidad social.

La Formación de formadores en el campo de la salud

La formación en el campo de la salud es una práctica que repercute en forma directa en el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Es un proceso programado, coherente y pertinente que intenta aportar respuestas a las cambiantes necesidades en materia de salud por parte de la comunidad.

La formación en salud se convierte en un factor estratégico, dado que la salud como derecho se encuentra interrelacionada por otros derechos como el caso del derecho humano a la educación.

Partiendo del planteo de la UNESCO (2015:33), referido a que “el derecho a una educación de calidad es el derecho a un aprendizaje con sentido y adecuado”, se desprende el criterio que un docente capacitado con una información actualizada y una formación permanente en el campo de la salud, se concibe como una exigencia primordial para hacer frente a los retos de la sociedad tanto actuales como futuros.

En el marco del desafío de la búsqueda constante de la calidad educativa, la implementación de procesos de formación de formadores demanda un estudio constante de los diversos diseños curriculares que la determinan, así como un replanteo de la metodología de trabajo utilizada,

reconceptualizando las perspectivas, la colaboración en proyectos y la interacción con las tecnologías para un mejoramiento permanente.

La noción de un proceso de formación de formadores plantea una intervención integradora en cuanto a su diseño e implementación. Es un camino que supone el análisis de aspectos complejos, tanto por la diversidad de sus objetivos de trabajo, como por los efectos y dimensiones que se pretenden lograr a través de su práctica.

La formación a formadores en el campo de la salud implica a una interacción dinámica de los diversos actores y dispositivos que conforman el proceso, en este escenario es necesario definir las metas a alcanzar fomentando el desarrollo de trayectos formativos que dispongan de espacios educativos pertinentes, y de medios técnicos-metodológicos adecuados para el diálogo y construcción de nuevos saberes.

La formación de formadores, implica la planificación y diseño de programas capaces de dar respuestas a las nuevas exigencias del campo de la salud, de forma creativa e innovadora.

La planificación implica un análisis diagnóstico situacional de la formación, que aportará la suficiencia de conocimientos para fortalecer al proceso de diseño, su organización, adaptación y proyección de su implementación.

El diseño del programa de formación enmarcará los conocimientos, estrategias y propuestas de manera lógica para lograr una capacitación en temas específicos en adaptación con el contexto real de su aplicación.

El diseño se presenta como el instrumento que define de manera formalizada el sentido de la propuesta formativa en salud, por lo que requiere una especial atención en el planteamiento y la consideración de los objetivos a alcanzar, de los contenidos a formar, de la metodología a emplear, de la bibliografía a utilizar y del proceso de investigación a efectuar.

Por un lado, es necesario la especificación de los objetivos de la formación, los cuales deben manifestarse con claridad y precisión en correspondencia con el ambiente institucional de aplicación.

A su vez, corresponde realizar una delimitación de los contenidos disciplinares comprendidos en el programa de acuerdo al planteo de la propuesta, los cuales abordarán problemas concretos, nuevas concepciones del campo, diversidad de instrumentos e innovaciones en materia de salud, sin dejar de tener en consideración los aspectos bioéticos.

Por su parte, es de incumbencia la presentación explícita de la metodología a emplear, la cual tenderá a motivar el aprendizaje y a desplegar tácticas didácticas - pedagógicas que ordenen el procedimiento de la capacitación y fomente una participación contributiva de los distintos actores que de la formación.

Los métodos a utilizar deberán estar interrelacionados con los recursos materiales, los medios y los servicios disponibles. En este sentido, es oportuno contar con el apoyo de instrumentos y nuevas tecnologías en la diagramación estratégica de la formación; esto facilitará el acceso, la organización, la promoción y distribución de la información, fomentará la comunicación e interés entre los actores.

Asimismo, es relevante la búsqueda y presentación de una bibliografía que sea adecuada, la cual irá a utilizarse durante la formación y que será la guía conceptual de su desenvolvimiento global.

La bibliografía deberá guardar una relación con los objetivos y los métodos explicitados en la propuesta y también estar actualizada en función de los nuevos avances e investigaciones en el campo de los contenidos a desarrollar.

La investigación en la formación de formadores en el campo de la salud

Poner en práctica un programa de formación de formadores en el campo de la salud, demanda también la incorporación de la investigación científica, logrando consolidar una propuesta que se destaque por articular las áreas de docencia e investigación.

Por ello, conforme a los objetivos, también deberá plasmarse una propuesta formativa investigativa. Docencia e investigación conforman una unidad. De esta forma el formador es un docente investigador que necesariamente comprende la relevancia y el impacto del campo científico como método destinado a la generación y transferencia de nuevos saberes.

La incorporación de la investigación en el proceso de formación de formadores permitirá que los actores logren (Perissé, 2016:33):

- Advertir la raíz gnoseológica y la lógica propia de su especialidad
- Relacionar la especialidad del formador con otras disciplinas lindantes
- Concientizar en la historia del campo de la salud y en su estado del arte en materia de investigaciones

- Desarrollar una función innovadora

El diseño de la propuesta debe ser posible de ser realizable en tiempos determinados, factible en sus variadas técnicas de implementación y efectiva en la calidad de los resultados. Para ello, se requiere de un estudio permanente de la situación donde se despliega, a los fines de estar en conexión con las necesidades y expectativas de la sociedad, destacándose por promover la innovación de un conocimiento que pueda impactar en el entorno en el cual se realiza la intervención (Nicoletti, 2014).

El acto de investigar implica un abordaje teórico y práctico aplicado, de esta forma asociado al campo de la formación de formadores en salud, promoverá:

- la discusión interna de la propia disciplina,
- la exposición epistemológica disciplinar,
- la construcción de conocimiento científico,
- la experimentación científica del proceso de formación,
- la elaboración de materiales e instrumentos para la formación,
- la cooperación científica,
- la transferencia y divulgación de saberes validados,
- la revisión y discusión científica,

El formador es un investigador que realiza un abordaje teórico-práctico-aplicado, que aporta información para resolver problemas de la realidad, al tiempo que reconoce las posibles debilidades y efectúa acciones para mejorar sus prácticas.

De allí la importancia por examinar y difundir el estado actual de los avances científicos del campo, sobre la base de la indagación de investigaciones y de datos que sean confiables en sus fuentes de información, sus métodos y sus resultados alcanzados. Los formadores han de constituirse como profesionales con una visión teórico-práctica-investigativa integral que les permita elaborar y alcanzar metas que conduzcan al bienestar social.

El formador en el campo de la salud se presenta como un investigador capacitado en la realización de estudios integrales, y consecuentemente es preciso en la recolección y sistematización de la información, competente en la discusión de resultados y en la extracción de conclusiones, con un sentido claro de transmitir a la sociedad el producto de lo investigado, contrastado y validado de manera idónea y responsable.

Bajo estas premisas, es oportuno generar procesos de formación de formadores que promuevan proyectos de investigación que actúen en red colaborativa entre distintas instituciones, centros y áreas del conocimiento, identificando las cuestiones más relevantes y emergentes en el campo de la salud e identificando aquellas estrategias pedagógico didácticas y de comunicación más adecuadas para la capacitación y divulgación científica tecnológica, con la meta concluyente de promover el bienestar y desarrollo de la sociedad.

Conclusiones

La formación de formadores se enfrenta al desafío de poder generar propuestas viables, resolver problemas y planificar acciones que sean superadoras en el campo de la salud.

Una propuesta de programa de formación de formadores de calidad deberá ser coherente en sus objetivos, transparente, inclusiva y responsable en sus contenidos, adecuada en sus instrumentos, pertinente y complementaria en sus métodos de abordaje, integradora de la teoría y la práctica, en definitiva, entendida de sus efectos y orientada a una mejora permanente de su experiencia.

La práctica de programas de formación de formadores en el campo de la salud, se orientará a la búsqueda de la calidad en la medida que pueda impactar en la formación de sus participantes como en su entorno, y para ello corresponderá:

- plantearse objetivos que expliquen las finalidades del proceso
- orientarse en la profundización de contenidos actualizados por medio de estrategias multimetódicas destinadas a solucionar situaciones particulares y generales
- aplicar herramientas que sean válidas para la investigación científica y tecnológica,
- promover durante todo el recorrido del proceso un marco de formación ética y democrática respetuosa del desarrollo y bienestar personal y social.

En síntesis, la formación se convalida como un espacio de capacitación e investigación diseñado para favorecer a las diferentes decisiones y alternativas de intervención que exigen las complejas dimensiones que atraviesan el campo de la salud.

Bibliografía

A/70/824. Asamblea General. Naciones Unidas (2016). Fortalecimiento de la estructura sanitaria mundial: aplicación de las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias. Informe del Secretario General. Distr. general 8 de abril de 2016.

ALMA-ATA 1978. Atención Primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud., Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. OMS: Suiza

Nicoletti, J. (2014). Aportes para la formación de formadores. RiHumSo - Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales Universidad Nacional de La Matanza – Año 3- Número 5 – pp. 47-58.

OMS - Organización Mundial de la Salud- (1989). Educación para la salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. OMS: Suiza.

Perisse, M.C. (2016). La epistemología como propedéutica de la enseñanza universitaria. En Nicoletti, J.A. Desafíos en educación superior. Buenos Aires: UNLaM.

UNESCO (2015). Replantear la educación: ¿Hacia un bien común mundial? Francia: UNESCO.

WHA62.14 (2009). 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.5 del orden del día 22 de mayo de 2009. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

Educación en salud en la educación superior: Cuando con la información no basta

Francisco José García Moro¹¹

Walter Federico Gadea Aiello¹²

ESPAÑA

Consideraciones previas

La educación para la salud en las etapas educativa más tempranas es algo que está plenamente extendida y aceptada más allá de los resultados que se estén obteniendo en la práctica. Las políticas educativas, las normativas que las regulan, así como la consciencia y conciencia social, redundan positivamente en el desarrollo de acciones educativas que vayan incidiendo en los hábitos de salud de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Si a esto se le va sumando la mayor conciencia social acerca de la necesidad de promover estilos de vida saludables en general, así como medidas en las políticas nacionales e internacionales de denuncia de lo que perjudica la salud y aquello que la beneficia, y un aumento exponencial de investigaciones sobre el tema; todo parece indicar que nuestra sociedad en general y, en el caso que nos ocupa en el presente artículo, nuestros universitarios en particular tienen asumidos unos principios de salud realmente consolidados que favorecen estilos de vida que favorecen el desarrollo pleno de la persona. Sin embargo, somos testigos que los casos de problemas de salud en nuestros universitarios no parecen disminuir; en el caso de salud mental, la incidencia es preocupante.

11Diplomado en Magisterio, especialidad Educación Especial; Licenciado en Psicopedagogía, Doctor en Psicopedagogía por la UHU y Máster en docencia universitaria. Profesor Asociado LOU Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Ciencias de la Educación de la UHU. Miembro del Grupo de Investigación HUM-698 "Procesos psicológicos en contextos escolares y familiares".

12 Licenciado en Filosofía por la Universidad de Buenos Aires, Dr. en Filosofía por la Universidad de Huelva (España). Profesor, Investigador y Coordinador del Área de Filosofía del Departamento de Didácticas Integradas de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Huelva. Miembro Titular de FLACSO, Sede España.

Los que llevamos años en el ámbito universitario, nos tomamos muy en serio la formación de nuestros alumnos y alumnas; al menos en lo que a nuestra materia se refiere. Las competencias generales y transversales, no tanto las específicas aunque también, tocan aspectos que tienen que ver directa o indirectamente con el desarrollo adecuado del egresado en la sociedad gracias a la capacitación obtenida con los estudios finalizados.

En definitiva, busca que el joven aporte a la sociedad conocimientos que favorezcan su desarrollo y mejora, y a su vez también pretende, al menos implícitamente, la autorrealización de la persona gracias a las competencias que, en teoría, deberían dominar el alumnado una vez cursado los diferentes estudios.

Los sistemas de evaluación externos de las diferentes titulaciones por especialistas externos; las evaluaciones que el alumnado realiza sobre la enseñanza y del que enseña; las estrategias de coordinación y planificación, las acreditaciones y mecanismos por las que debe pasar el profesorado para garantizar una enseñanza de calidad; etc., constituyen razones de peso que nos indica el valor que se da para que el engranaje de la formación superior funcione lo mejor posible.

Sin embargo, siendo esto importante y necesario, obviamente parece que no resulta suficiente. Hay un elemento determinante que tiene que ver con el *uno*, con lo intrínsecamente propio de la persona que es necesario cuidar, como de hecho se cuida en edades más tempranas.

En las enseñanzas obligatorias, nadie pone en cuestión la pertinencia de la educación para la salud por considerarse un pilar fundamental de los objetivos últimos que legitiman la educación. La importancia de la higiene, la alimentación saludable, la prevención de situaciones de acoso y riesgo para el desarrollo de la persona, la prevención de las toxicomanías, la concienciación de los beneficios y peligros de la red, etc., son algunos de los muchos temas que se tratan de una forma transversal y específica a lo largo de las enseñanzas obligatorias.

Una de las razones fundamentales es que se asume, como de hecho es así, la indefensión en la que se encuentran nuestros alumnos y alumnas y la necesidad de incidir en las diferentes dimensiones del mismo para favorecer un desarrollo saludable más allá de la simple información de lo que hay o lo que se debe hacer.

Normalmente, estas acciones son aplaudidas por los diferentes actores sociales puesto que ¿no es importante concienciar desde la más temprana infancia sobre la importancia de la salud y, más aún, sobre la necesidad de ser competentes en este sentido? **también es importante**

resaltar la gran paradoja de la aceptación social y política en este sentido y las fuerzas económicas que no siempre tiene clara esta necesidad Incluso en las carreras de magisterio, educación social, psicología o pedagogía, por poner algunos ejemplos.

La prevención del tabaquismo junto con las medidas normativas de prohibición en los centros escolares; la importancia de la comida sana con supervisión de nutricionistas en los comedores escolares; la educación vial para prevenir, concienciar y enseñar; la identificación de situaciones de acoso y prevención del mismo; las medidas de atención a las necesidades específicas de apoyo educativo, la coeducación e igualdad de género; etc. Todo ello está aceptado como importante, y lo es, en la educación de nuestros niños, niñas y jóvenes.

Centrándonos en la **formación inicial del educador**, del que tiene que educar para el cambio, parece como si estuviésemos ante recipientes que solo reciben lo que deben aprender para luego trasvasarlo, aunque digamos *educar* al alumno y alumna objeto de su intervención. Parece como si se presupusiera que estamos ante una *persona joven* que ya tiene asumida y desarrollada las competencias, habilidades, conocimientos y *conciencia* de lo que significa ser persona y más aún ser persona en salud y para la salud.

Pedimos que nuestros futuros maestros y maestras sean capaces de interperlar a nuestros hijos e hijas para que lleven vidas plenas y saludables, muchas veces asumiendo más responsabilidad de la que por derecho debería asumir la familia, incluso en casos extremos pero conocidos, a costa de la familia. Pero, es inevitable plantearse una serie de cuestiones que cada vez están teniendo más peso para los que nos dedicamos a la **educación del que ha de educar en un futuro próximo**:

- ¿Cómo es la salud mental de nuestros futuros educadores y educadoras?
- ¿Es oportuno que las universidades apuesten por un modelo que favorezca no solo la adquisición de competencias profesionales sino también personales?
- ¿Es suficiente la información de salud que se transmite en este sentido en las universidades?
- ¿Cuáles serían los rasgos definitorios que el alumnado que va a tener la responsabilidad de educar debería de poseer mínimamente para que pueda afrontar una vida personal y profesional de calidad?
- Si la educación es un proceso que dura toda la vida ¿por qué la universidad no asume este principio fundamental, si es que no lo asume, y no se centra exclusivamente en el trasvase de información que, obviamente es fundamental, pero que parece que no es suficiente? Esto es especialmente importante en aquellas titulaciones que tienen por objetivo favorecer el cambio personal y social.

El alumno como persona que se prepara para tratar con personas. Cuando lo que sé que tengo que hacer no es suficiente

Podemos decir que hay acuerdo generalizado en que la salud mental de nuestros universitarios es un elemento esencial para favorecer un rendimiento académico positivo (Mogollón, Villamizar & Padilla, 2016). Esto es extensible a cualquier colectivo; Pujol (2018); Pujol y Arraigada (2018), al referirse al colectivo de docentes universitarios muestra la correlación existente entre bienestar autopercebido y éxito profesional.

La salud mental posibilita el desarrollo eficaz de todas las áreas en las que el individuo se moviliza y asegura el desarrollo del ecosistema. Hace referencia también a la calidad de vida y al bienestar que el sujeto percibe y le proporciona su día a día; aquí intervienen sus creencias, sus estilos de vida, sus recursos y sus potenciales (Mogollón-Canal, Villamizar-Carrillo, Padilla-Sarmiento, 2016, p.106).

Una adecuada autoestima; un mínimo conocimiento de sí mismo, de las fortalezas y debilidades; una adecuada capacidad de desenvolverse de una forma adecuada, responsable, crítica, autónoma en el entorno sociocomunitario; una competencia de utilizar el pensamiento crítico no como una excusa contestataria sino como una opción de iluminar lo que hay para separar lo importante de lo anecdótico; una capacidad de ver el error como una fuente y posibilidad de mejora; una capacidad de afrontar adecuadamente las situaciones estresantes y la ansiedad, etc.; son elementos de la salud de la persona que se consideran esenciales para el buen vivir.

Desde nuestro punto de vista, no es tanto un problema de conocimiento sino de asumir e incluir este conocimiento en nuestro repertorio comportamental como estrategias que nos hacen *expertos inconscientes* de lo que hacemos. Esto queda claro cuando vemos las diferencias tan significativas entre lo que se conoce y lo que se hace. Conocer los efectos del tabaco y lo perjudicial que es para la salud de las personas es una cosa muy diferente a no fumar.

El tema no es baladí por las siguientes razones -sin ser exhaustivos- que ya, de por sí, justifican el hecho de que nos ocupemos del tema:

a) Vinculadas con la etapa evolutiva-cotextual

La salud mental se posiciona como un elemento muy relevante en las políticas sociales debido al impacto directo que tiene en el bienestar de las personas y, por tanto, en su calidad de vida (Pérez-Villalobos, C., Bonnefoy-Dibarrat, C., Cabrera-Flores, A., Peine-Grandón, S., Abarca, K., Baqueano-Rodríguez, M., Jiménez-Espinoza, J., 2012). La necesidad de garantizar la salud general de las personas y, en particular, la salud mental teniendo en cuenta la prevalencia de este mal, en sus diferentes manifestaciones, en la sociedad.

Baste destacar como datos para nuestra reflexión el hecho de que el número de jóvenes de educación superior con trastornos mentales ha ido creciendo de una forma progresiva, presentando graves problemas psicológicos (Mogollón, Villamizar & Padilla, 2016). En esta línea, el informe *Mental health and moving from school to further and higher education* (Centre for Mental Health, 2019) alerta del aumento significativo que padecen los estudiantes universitarios de problemas de salud mental, los cuales afectan de forma importante a rendimiento y bienestar de los mismos.

La angustia, el estrés, la ansiedad, la soledad, la depresión y, en los casos más extremos, los pensamientos suicidas, son algunas de las manifestaciones más comunes que presentan muchos de nuestros universitarios y que indican que la prevención y tratamiento en salud mental resulta fundamental, no tanto como intervención puntual sino como una acción programática asentada en la cotidianidad y en la que el docente tenga un papel fundamental. Por su parte, Micin, S., & Bagladi, V. (2011) encontraron en sus investigaciones altas incidencias de psicopatología, destacándose:

- Trastornos adaptativos, donde la depresión y los cuadros de ansiedad de los universitarios superan las tasas de la población general.
- Trastornos del estado del ánimo.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos específicos de ansiedad.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Trastornos de la conducta alimentaria, especialmente bulimia y anorexia.
- Trastornos de personalidad, tales como trastornos esquizoide, narcisista, obsesivo-compulsivo, límite o histriónico.
- Suicidio.

Obviamente, tal y como apuntan los autores referidos anteriormente, estas incidencias psicopatológicas parecen estar muy vinculadas con los cambios propios de la etapa evolutiva-contextual en la que se encuentran los estudiantes universitarios, sobre todo los de primer año. El cambio de domicilio; el enfrentarse a un ambiente nuevo; las exigencias personales, familiares y académicas; el pago de las tasas, en su caso; la convivencia; etc., son diferentes aspectos que se constituyen en elementos ansiógenos.

Las universidades, cada vez con mejor criterio y recursos, establecen una serie de protocolos y acciones para garantizar la acogida adecuada del alumnado, su información y la oferta de cursos y talleres para intentar amortiguar los efectos de, para muchos, un cambio radical con lo que era su estilo de vida.

Sin embargo, tal y como apunta Mogollón-Canal, Villamizar-Carrillo, Padilla-Sarmiento, (2016), son muchas las personas que presentan o han presentado cuadros psicopatológicos asociados a salud mental, “siendo necesario comprender que la magnitud y el impacto que estas personas suponen, no se corresponde con los recursos que se dedica a su investigación y atención” (p. 106).

b) Vinculadas con las competencias personales

Ofrecer recursos es algo necesario pero insuficiente, como hacer campañas de prevención es algo que puede sumar aunque por sí solas a veces reste. Creemos que son necesarias la concurrencias de otras medidas que complementen las acciones más vinculadas con la información que parte de los factores de riesgo. Medidas que tengan que ver con el acompañamiento que se hace del alumno y alumna universitario facilitándole mecanismos de adquisición de competencias para el *buen vivir*, el *buen hacer* y el *buen ser* (García Moro, 2015).

En este sentido, entre otros elementos, esto supondría *redefinir la figura del docente universitario más allá del simple transmisor de contenidos*; empresa difícil pero necesaria que ubica la información en la base educativo-comunicativa que le da sentido. En esta línea, se observa cómo de la educación personalizada de las enseñanzas obligatorias se pasa a otra más despersonalizada de las universitarias, muchas veces quizá porque se de por sentado que el alumno universitario tiene interiorizado los principios básicos para llevar una vida plena, aunque obviamente esto no siempre es así.

De una forma más concreta, la salud de nuestros alumnos y alumnas universitarios que se dedicarán al cambio personal y social (maestros, profesores, educadores sociales, psicopedagogos, etc.) no es un tema que se deba de dejar al *tiempo* o al *ya son mayorcitos* o a *la experiencia los moldeará* o *son cosas de ellos y no de nosotros*.

Acaso ¿no es preocupante encontrarse con futuros docentes o educadores -en los últimos años de carrera- que apenas tengan desarrollada una visión crítica de la vida (de la propia, de la ajena y de la conjunta), que no sepan reconocer lo importante de lo nimio, que les cueste diferenciar los sentimientos de lo pensado y más aún de lo observado, que no vivan de forma coherente con los principios de *servicio al otro*, *del conocimiento como elemento legitimador de la experiencia*, *del respeto a uno mismo, al otro y a la relación dialógica que se produce cuando se interpela*? Sin duda alguna es tan preocupante como encontrarse con docentes que no basan su educación en la comunicación y, por tanto, en la convivencia con sus alumnos y alumnas (Wolton, 2013). Responder a estas cuestiones es hablar de lleno de salud

Conclusión

La salud es un tema fundamental que ocupa y preocupa a las personas. En las últimas décadas, somos testigos de avances impresionantes en el campo de la prevención, tratamiento y rehabilitación. Referida a la salud mental, si bien es cierto que hay una consciencia creciente en nuestras sociedades sobre lo que significa y supone, se observa cómo las medidas interventivas no están tan extendidas ni claras en función de determinados colectivos no adscritos a una etiqueta de enfermedad.

En este caso concreto, se comprueba que hay una importante incidencia de problemas vinculados directa o indirectamente con la salud mental en los estudiantes universitarios, sin embargo, las medidas institucionales no parecen suficientes si no hay un cambio de enfoque en el que el papel de mera plataforma informativa se pasó a un espacio saludable de educación.

Referencias bibliográficas

- Centre for Mental Health (2019). Finding our own way. Mental health and moving from school to further and higher education. Available at: <https://www.centreformentalhealth.org.uk/finding-our-own-way> [Acceso 2 de mayo de 2019]
- García Moro. F. J. (2015). Competencias psicológicas del profesional de la educación social. Huelva: Servicios de Publicaciones de la Universidad de Huelva.

Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29 (1), pp. 53-64.

Mogollón-Canal, O.M., Villamizar-Carrillo, D.J., Padilla-Sarmiento, S.L. (2016). Salud mental en la educación superior: una mirada desde la salud pública. *Rev. cienc. ciudad*, 13(1), pp. 103-120

Pérez-Villalobos, C., Bonnefoy-Dibarrat, C., Cabrera-Flores, A., & Peine-Grandón, S., & Abarca, K., & Baqueano-Rodríguez, M., & Jiménez-Espinoza, J. (2012). *Problemas de salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción. Chile. Anales de Psicología*, 28 (3), pp. 797-804.

Pujol-Cols, L. (2018). Work engagement, satisfacción laboral, salud física y salud mental en académicos de una universidad pública argentina. *Salud de los Trabajadores* 26(1) pp. 6-19

Pujol-Cols, J. J. & Arraigada, M. (2018). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Riesgos Psicosociales Copsoq-Istas 21 y aplicación en docentes universitarios argentinos. *Cuadernos de Administración*, 31(55).

Wolton, D. (2013). *Informar no es comunicar*. Barcelona: Gedisa.

Discapacidad intelectual: entre salud mental y educación: aportes desde el campo del psicoanálisis

*Emilse Pérez Arias*¹³

ARGENTINA

*“Nuestra vida es, desde el
comienzo, vida social,
comunitaria.”*

Diego Singer

El título de este libro ya es una invitación a reflexionar respecto de cuál es el lugar de las intervenciones en discapacidad intelectual. Si pensamos a la discapacidad intelectual como un problema de salud su abordaje se realizará desde dispositivos sanitarios. Si la pensamos, en cambio, como una limitación para transitar los procesos educativos comunes (ya estoy diciendo mucho en poco tiempo...) su abordaje tendrá que ver con dispositivos educativo/pedagógicos que intervengan con miras a un proceso de aprendizaje integrado. La discapacidad en sí misma no es considerada, hoy, una enfermedad del individuo. Pero no lo fue así siempre. Hay muchas definiciones de discapacidad, pero hay una que a mi me ha servido como brújula para orientarme: “discapacitado es aquel individuo que no puede insertarse plena y fácilmente dentro del sistema de producción de bienes y servicios de una comunidad determinada.” (SILBERKASTEN, 2006, 31). La discapacidad es, ante todo, una limitación para producir y circular en la comunidad. Esta limitación tendrá sus grados, sus representaciones contextuales

¹³ Lic. en psicología egresada de la UBA. Ex residente de la RISaM de la Colonia Montes de Oca. Psicóloga de dispositivos de internación de la Colonia Montes de Oca. Supervisora, docente y actual Instructora de psicología de la RISaM CMDO. Equipo docencia CMDO. Asistencia en consultorio de usuarios adolescentes y adultos.

sociales, estará más o menos estigmatizada, su comunidad podrá oficiar más o menos como facilitador o barrera, pero es ante todo una limitación para la producción y circulación por los espacios comunes.

Dentro del extenso y complejo campo de la discapacidad, el especialísimo caso de la discapacidad intelectual por sus presentaciones, comorbilidades y síntomas asociados, más que otro tipo de discapacidades, nos coloca en la tensión entre los campos de abordaje de salud mental y educación. Me propongo hacer un tránsito por esa conjunción de campos.

Un pasaje por los modelos de atención en discapacidad y sus clasificaciones

“Aquí no se trata solamente de comprender cómo el discurso agravia a los cuerpos, sino de cómo ciertos agravios colocan a ciertos cuerpos en los límites de las ontologías accesibles, de los esquemas de inteligibilidad disponibles.”

Judith Butler

La historización es un primer ejercicio necesario de reflexión para entender que lo que consideramos hoy como realidad dada o “natural” no lo fue así siempre, permite poner de relieve el carácter construido y por lo tanto contingente de nuestras conceptualizaciones; lo que nos otorga un margen de acción para revisar, desde una mirada crítica, nuestros modos de pensar e intervenir. La conceptualización y tratamiento de la discapacidad no es una excepción, tiene su historia. Agustina Palacios ha hecho una imprescindible historización de los imaginarios sociales y abordajes en discapacidad.

En primer lugar ubica al **modelo de prescindencia**, a partir de las edades antigua y media, en el que la discapacidad es de origen religioso, considerada un pecado, un castigo divino, por lo cual debía ser excluida y hasta aniquilada. Este modelo tiene como actor protagónico a la Iglesia o al sacerdote y considera que *“la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad, es un ser improductivo”* (PALACIOS, 2008, 37), por ende puede prescindirse de

ellas. Se los considera peligrosos e innecesarios, ¡hasta subhumanos! Por lo que la respuesta social oscila entre la compasión, el temor, la segregación, el hoy llamado “*bullying*” y la eugenesia o infanticidio. “*Ya sea por menosprecio, ya sea por miedo—, la exclusión parece ser la mejor solución y la respuesta social que genera mayor tranquilidad*” (54). Discapacidad y pobreza se aglutinan en este modelo, ya que la exclusión y marginación social de las personas con discapacidad las condena a la mendicidad o a ser meros receptores de prácticas caritativas. Ya sea por miedo o por rechazo, el destino de la discapacidad para este modelo es la exclusión de los espacios comunes de circulación social.

En segundo lugar asistimos al **modelo rehabilitador**, con la figura del médico como actor principal. La discapacidad ya no es considerada de origen religioso, pretende evidenciar sus causas en la evidencia científica, por lo tanto es una enfermedad o déficit de la persona que puede ser tratada y debe ser normalizada. Las causas que originan la discapacidad y la limitación de la integración se ubican en un déficit funcional de la persona respecto de un funcionamiento considerado normal, excluyendo así factores sociales o culturales. La respuesta o actitud social frente a la persona con discapacidad es paternalista o sobreprotectora, el sujeto con discapacidad queda en un lugar de inferioridad, pasivo, receptivo de las clasificaciones y prácticas. La norma o la media es el modelo al que se apunta, y al que el discapacitado debe acercarse lo más posible para poder tener una circulación por espacios comunes, para poder integrarse. El campo de producción de conocimiento científico en torno a la discapacidad comienza a gestarse. Es la era de la psicometría, saber que le otorga un manto de cientificidad a los parámetros que marcan una línea demarcatoria entre lo normal y lo desviado. En el caso de la discapacidad intelectual, el test de coeficiente intelectual (CI), elaborado por Binet y Simon en 1905, se configura como medida del funcionamiento intelectual, otorga la puntuación media respecto de la cual se es normal, se está en déficit o se es superdotado. No en vano, luego de la aparición de esta medición de la inteligencia, en 1909 se acuña por primera vez la definición de “debilidad mental”, expresión acuñada por Dupré “*que extiende a lo mental una calificación hasta entonces reservada a lo físico (inicialmente el término de `debilidad` proviene del latín habilis)*” (BRUNO,1996,41). De hecho, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su cuarta edición (1994) utiliza puntos de corte de puntuaciones del CI para determinar los distintos niveles de retraso mental (APA,1994,41-2). Hay que decir que los devastadores efectos en la población de la primera y segunda guerra mundial generaron un cambio en los modos de pensar y abordar la discapacidad, “*el nacimiento del movimiento médico y de la psicología de la*

rehabilitación y su expansión a otros campos” (PALACIOS, 2008, 69) Es en este contexto en el que puedo ubicar la gestación de los abordajes “especiales”, prácticas dirigidas específicamente a personas con discapacidad intelectual -no en vano denominadas, aún actualmente, de “capacidades especiales”. La institucionalización en dispositivos especiales, la asistencia estatal por medio de la seguridad social y el empleo protegido son las intervenciones que se enmarcan en este modelo. La práctica de la institucionalización de la discapacidad intelectual consagra su vecindad con las enfermedades mentales y conlleva el riesgo de (re)producir segregación y marginación, efectos aún hoy presentes del modelo (no del todo perimido) de prescindencia. Los problemas, reduccionismos y riesgos de este modelo cimientan la necesidad de otra modalidad de conceptualización y abordaje.

Por último, ubicamos al *modelo social*, se gesta en los Estados Unidos e Inglaterra en los años setenta, a partir de organizaciones de personas con discapacidad que reclamaban ser parte actora en la definición de políticas, igualdad de derechos y la visibilización de los efectos que las barreras socioambientales tenían en su discapacidad. Este modelo aporta una mirada más integral y compleja del fenómeno de la discapacidad, incorporando la perspectiva de derechos. Aquella empieza a ser considerada como un fenómeno complejo y por ende multicausal, si bien las causas biológicas no se niegan, toman preponderancia los factores sociales y culturales. Según este modelo, las causas de la discapacidad son preponderantemente sociales y tienen que ver con las limitaciones del contexto comunitario y social para incluir a las personas con discapacidad. En este sentido, el alcance de una discapacidad tendrá que ver con las posibilidades de acceso de la persona a los espacios comunes de circulación como condición para la igualdad de derechos y oportunidades. La persona con discapacidad o diversidad funcional empieza a emerger como sujeto digno de derechos, se presupone su capacidad y derecho a tomar decisiones, por ende las intervenciones en este modelo tienden a la recuperación o sostenimiento de su autonomía. Esto se ve reflejado en los modos de clasificar, conceptualizar y abordar la discapacidad. La mayoría de las clasificaciones comienza a hablar de dos grandes campos de factores: el funcionamiento de la persona y su contexto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2001 publica su “*Clasificación Internacional sobre Funcionamiento, Discapacidad y Salud*” (CIF, 2001). Resulta muy interesante introducir aquí las referencias al contexto social de la discapacidad:

“Los componentes del funcionamiento (todos y cada uno de ellos) se ven influidos por los factores contextuales, tanto ambientales como personales.” (...) “Los factores

ambientales, entendidos como la influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el efecto facilitador o barrera de las características del mundo físico (y) social”. (...) “Los factores ambientales actuarán de forma positiva si su presencia supone un facilitador para superar la deficiencia, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación y será negativo en tanto que suponga una barrera u obstáculo que entorpezca o agrave cualquiera de los componentes anteriores” (EGEA-SARABIA, 2001, 21-3).

Este cambio en la conceptualización de la discapacidad, cambia a su vez el eje de las políticas e intervenciones en torno al tema, poniendo el foco en los contextos socio-comunitarios de las personas con discapacidad y las barreras de accesibilidad. Este modelo se sitúa resaltando las capacidades por sobre el déficit, sosteniendo un enfoque de derechos bajo el supuesto de igualdad de oportunidades de acceso. Si se parte del supuesto de capacidad (por más diversa que esta sea) de funcionamiento e integración en los espacios comunes, la introducción de apoyos o dispositivos “especiales” no se realizará a-priori sino sólo cuando sea necesario y cuando favorezca fehacientemente la integración en la comunidad. *“La educación debe tender a ser inclusiva —adaptada a las necesidades de todos y todas— como regla, reservándose la educación especial como última medida” (PALACIOS, 2008, 105).*

Es ineludible mencionar que en el marco de este modelo se gestó la Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad (ONU, 2006), que se constituyó como marco normativo necesario para promover la igualdad de derechos y de acceso a la participación social.

Resumiendo, podemos decir que las conceptualizaciones y abordajes sobre discapacidad a lo largo de la historia han puesto el eje ya sea en el individuo (en los modelos de prescindencia y rehabilitador, por motivos religiosos o psico-biológicos) y/o en su contexto socio comunitario (modelo social).

Llegados a este punto les propongo un ejercicio reflexivo: ¿en qué modelo/s situamos nuestras intervenciones o los contextos institucionales de ellas? ¿El modelo de prescindencia y exclusión se encuentra todo lo perimido que debería estar? ¿Qué camino nos falta por recorrer para lograr una plena implementación del modelo social? Nos reencontraremos luego con estos interrogantes.

Maud Mannoni y la visibilización del riesgo de los abordajes psicoeducativos que descuidan la subjetividad

“La inteligencia no es un valor meramente cualitativo (...) está ahí para servir a fines que corremos el peligro de no captar.”

Maud Mannoni

Según se pudo anticipar, es en el marco del modelo rehabilitador que se consagran los dispositivos de abordajes educativos especiales para la discapacidad intelectual. Es en estos dispositivos que el abordaje bascula entre un posicionamiento sanitario y educativo por parte de sus actores. El rol de los profesionales o encargados del cuidado institucional excede su función de agentes salud para cumplir además un rol educativo. *“El rol que asumen los médicos y terapeutas desde este modelo presupone establecer una relación de maestro—alumno, y otorgar prioridad a uno sobre el otro, asumiendo los profesionales de la salud mucho más que el rol de médicos”*. (PALACIOS, 2008, 99).

Para introducirnos en el campo del abordaje psicoanalítico es necesario abrir un paréntesis: discapacidad intelectual (DI) y debilidad mental no son términos que se superponen completamente. La discapacidad, según vimos anteriormente, tiene que ver con una limitación en el funcionamiento y la participación en un contexto determinado. En cambio, la debilidad mental, desde el campo del psicoanálisis, nos habla de la relación del sujeto con el saber y el que ocupa respecto del deseo del Otro. Lacan nos habla precisamente de un *“no saber hacer con el saber”* (1977) y Bruno de un malestar en relación al saber (1996, 50). El débil se coloca en una relación de exterioridad respecto del saber, en una relación en la que él nada comprende (LAURENT, 1989, 145) o nada quiere saber. Si hay alguna función respecto de la cual el débil está en déficit es la de leer *“entre líneas”*, *intelligere* (LACAN, 1974), las diferencias entre el enunciado (lo que el otro dice) y la enunciación (lo que el otro quiere decir o desde dónde lo dice). Al no poder leer o tomar entre líneas lo que el otro dice, se hace siervo de un otro incuestionable en su veracidad. El Otro del débil es un Otro completo, sin fallas, incuestionable. Esta imposibilidad de cuestionar el discurso del Otro lo deja más expuesto a quedar como su objeto, aunque más no sea para asegurarse un lugar en relación al Otro.

Esto nos permite pensar que, si bien pueden superponerse en algunos casos, pueda haber debilidad mental sin discapacidad intelectual. Es decir, un sujeto que tenga una relación de malestar con el saber sin tener limitadas su funcionalidad ni participación social. Cerramos paréntesis.

Es Maud Mannoni quien en 1964 inaugura el abordaje psicoanalítico para la debilidad mental, considerándola como una perturbación a nivel del vínculo del niño con su madre (haya o no organicidad), quedando como objeto que colma su falta, lo que lo inmoviliza en un rol social de discapacitado (1964, 28). Si bien no menosprecia los abordajes educativos, considera que los mismos serán ineficaces hasta que no se trabaje la dimensión subjetiva del sujeto, hasta que no haya un sujeto actor (y no mero objeto receptor) de los procesos educativos. Así inaugura el aporte del psicoanálisis al campo del abordaje de la debilidad mental, situando la posición diferencial del psicoanalista respecto de otros especialistas: *“el consultor sabe y reduce el problema del débil a un problema educativo, yo he optado por no saber y no reeducar apresuradamente al síntoma.”* Propone no resolver o llenar rápidamente el déficit. “No quiero impulsar el hacer del sujeto. El contexto afectivo ha sido descuidado en beneficio de una orientación basada en un factor cuantitativo deficiente” (29). Mannoni nos da una indicación invaluable para los que trabajamos en el abordaje de la discapacidad intelectual, nos invita a no ocupar el mismo lugar que ha tenido el Otro del débil en su trama familiar: un Otro que todo lo sabe y desea por él, quedando así inhabilitada su dimensión subjetiva. *“Estos niños que son, desde el comienzo, por su estado, objeto exclusivo de los cuidados maternos, sin intervención de la ley encarnada en la imagen paterna, recrean en su vida escolar un mismo tipo de relación, con alguien dedicado por completo a ellos y encarnando en su lugar el deseo (de adaptarse, de progresar, etc...)”* (39) Nos invita así a no reproducir en el abordaje de la discapacidad una dimensión “debilitante”, lo que fija al débil en el lugar del que no sabe (no puede) ni desea. Es ofreciéndose desde una posición vacía de saber, absteniéndose de saber o desear por él que puede lograrse un cambio de posicionamiento en el niño débil: *“El niño aspira a recibir del Otro una respuesta que lo libere de responsabilidad en el plano instintivo (...) Vedando(le) toda respuesta es como se le conduce a la sola salida posible: hacia una eventualidad, no de curación, pero sí de utilización máxima de sus posibilidades intelectuales, en un cuerpo por él reconocido”* (31). Considero que este posicionamiento puede enmarcarse en el modelo social porque justamente pretende rescatar la dimensión subjetiva, favoreciendo un posicionamiento autónomo, otorgándole a ese niño la posibilidad de desear y hacer por sí mismo, trascendiendo el lugar de discapacitado en el que se lo ha fijado. Al apostar siempre a

la dimensión subjetiva, el psicoanálisis así se posiciona como una práctica con enfoque de derechos humanos.

Hacia un abordaje integrativo de la discapacidad orientado por la ética

“Una norma que uno nunca elige, una norma que nos elige, pero que nosotros ocupamos, invertimos y resignificamos, puesto que la norma nunca logra determinarnos por completo.”

Judith Butler

La discapacidad intelectual es “*prima hermana*” de la locura, ha compartido con ella el estigma que ha pesado y pesa aún sobre las personas con padecimiento mental. La tendencia inmediata del humano a lo largo de los siglos ha sido la exclusión del diferente, del que cuestiona su *statu quo* y por ende el que pone en riesgo su estabilidad, pertenencia y permanencia en los estratos sociales integrados. Es solo en un segundo momento reflexivo e instituyente, habilitado por los abordajes orientados por la defensa de los derechos humanos y sociales, que la sociedad se habilita repensar el tratamiento a la diferencia.

“El psicoanálisis es el heredero de los derechos humanos, ha dicho Colette Soler en una entrevista brindada a un diario local, con lo que no podría estar más de acuerdo. El psicoanálisis, con su oferta subjetivante, es una herramienta que aporta en el sentido de la subjetivación y se configura como contradispositivo frente a las prácticas que se proponen la homogeneización, normalización y el arrasamiento de las diferencias. “Medicalización no implica solamente, desde la lógica de Foucault, administrar fármacos. Se refiere, más bien, a todas las prácticas, a todas esas tecnologías del comportamiento que buscan normalizar [...] Un analista es aquel que soporta no normalizar.” (Mitre, 2018, 30).

Considero que es pertinente que los que trabajamos con discapacidad nos preguntemos hasta qué punto el modelo de prescindencia está presente en nuestras formas de pensar y abordar la discapacidad, si se trata sólo de una cuestión de limitación de recursos disponibles en salud y

educación para ofrecer abordajes más integrativos o si de alguna manera aún hoy persisten concepciones en discapacidad que sostienen abordajes centrados en la especialización y exclusión de la discapacidad. *“Cuando decimos que no circula, eso no significa que el discapacitado sólo se quede en casa (...) va a lugares pero solo lugares de estigmatización representacional, esto es instituciones que los nuclean en tanto que discapacitados; el carné y cuota de ingreso es la discapacidad”* (SILBERKASTEN 2006, 46). Considero que la institucionalización de personas con discapacidad en instituciones que solo nuclean personas con dicha condición corren el serio riesgo de reproducir la misma.

Cuestionando la matriz normativa es como podemos tender alianzas solidarias con la diferencia

“Las personas (...) nunca habitan por entero el ideal al que se pretende que se asemejen.”

Judith Butler

Mi reciente acercamiento con la prolífica obra de Judith Butler en relación al género me permitió encontrarme con ideas que pueden aportar a la integración de las personas con discapacidad, disidentes que cuestionan el pretendido ideal de normalidad. *“El ideal descriptivo crea la expectativa de que es posible ofrecer una enumeración completa y final de rasgos”* (BUTLER, 2002, 310) ¿Se trata de hacer encajar a las personas con discapacidad en la pretendida matriz de normalidad o se trata de hacer estallar justamente ese ideal? La integración plena de las personas con discapacidad, desde mi punto de vista, comienza con un trabajo incisivo sobre las (propias) representaciones sociales, sobre el imaginario social de la discapacidad. Butler propone en ese sentido que reconocer la incapacidad de la norma - entendida esta como la que delimita lo normal o común de lo patológico o diferente- para hacer lugar a todos los que pretende englobar, reconocer que no encajamos nunca del-todo en esa norma nos permite ser más solidarios con la diferencia. *“Si el término no puede ofrecer el reconocimiento último (...) puede ocurrir que la afirmación de ese deslizamiento, ese fracaso de la identificación, sea en sí misma el punto de partida de una afirmación más democratizadora de la diferencia interna. (...) Esto es lo que ofrece una “una promesa de solidaridad”* (308). La norma, la “media”, nos pretende homogéneos en relación a cierto ideal de normalidad. Reconocer nuestra propia diferencia permite tender puentes con los que se

considera que corporizan a la diferencia. “No es que se le confiera el reconocimiento a un sujeto; el reconocimiento forma a ese sujeto. Además, la imposibilidad de lograr un reconocimiento pleno, es decir, de llegar a habitar por completo el nombre en virtud del cual se inaugura y moviliza la identidad social de cada uno, implica la inestabilidad y el carácter incompleto de la formación del sujeto.”(317). Esto permite inaugurar la posibilidad de pensar categorías sociales más flexibles y por ende, más integradoras de la diferencia. “Una categoría que nunca podrá describir plenamente a aquellos a quienes pretende representar. Como resultado de ello, será necesario ratificar la contingencia del término: permitir que se abra a aquellos que quedan excluidos por el término” (323). Reconocer la contingencia de lo que se nos impone como norma hegemónica, reconocer la falla universal de la norma, que todos somos fallados en relación a una norma que se pretende hegemónica y homogeneizante promueve acciones sociales y políticas más inclusivas con lo diverso, con lo disidente respecto de la norma. A fin de cuentas, la diferencia nos habita a todos.

Referencias bibliográficas

Asociación americana de psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4^a ed.). Estados Unidos. 1994.

Asociación americana de psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5^a ed.). Estados Unidos. 2014.

Bruno, P. Al Margen. Sobre la debilidad mental. Revista Pliegos N° 1. Enero de 1996.

Butler, Judith. Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Paidós. Bs. As. 2002.

Egea, Carlos y Sarabia, Alicia. Clasificaciones OMS sobre la discapacidad. España, 2001.

Lacan, Jacques. El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos I*. Ed. Siglo XXI. Bs. As. 1988.

Lacan, Jacques. Seminario 22. Clase del 10/12/74. Inédito.

Lacan, Jacques. Seminario 24. Clase del 11/01/77. Inédito.

Laurent, Eric. El goce del débil. En *Niños en psicoanálisis*. Ed. Manantial. Bs. As. 1989.

Mannoni, Maud. El niño retardado y su madre. Ed. Paidós. Bs. As. 2008.

Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de personas con Discapacidad. 2006.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO. Madrid, 2001.

Palacios, A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección CERMI. Editorial Cinca. Madrid, 2008.

Silberkasten, M. La construcción imaginaria de la discapacidad. Ed. Topia. Bs. As. 2006.

Kinesiología y salud mental

José Luis Rodríguez¹⁴

ARGENTINA

Haciendo historia

El Servicio de Kinesiología comenzó a partir de la contratación del primer profesional del área en el año 1977, y así continuó hasta el año 1997 cuando ingresaron a la planta de trabajo del Nosocomio dos nuevos profesionales. Continuaron siendo tres hasta el año 2003, luego ingresaron más profesionales hasta la actualidad. Hasta el año 2000 el Servicio funcionó en un espacio reducido dentro de las instalaciones del teatro de la Institución, el cual no contaba con ningún área de gimnasio terapéutico, lo cual limitaba el tratamiento de los pacientes a la atención en gabinetes con camilla. Afortunadamnete el tipo de tratamiento realizado a las personas con trastornos de salud mental ha variado, se han planteado nuevos paradigmas y se ha abierto ampliamente el espectro de la rehabilitación integral, lo cual ha permitido que la calidad de atención brindada hoy día a nuestros residentes ha cambiado de manera considerable en los últimos años. Esto se ha logrado con el apoyo de las diferentes gestiones directivas.

El Servicio de Kinesiología en la actualidad:

El Servicio se encuentra ubicado en el Pabellón 12 de Clínica Médica, en los consultorios 2, 3 y 4. Contando hoy con un staff de 12 Kinesiólogos. Además posee aparatología de última generación para la atención de residentes y consultorios externos, también tiene algunos elementos de gimnasio terapéutico. (tales como barra paralela, cinta caminadora, bicicleta fija, poleoterapia, espejo para reconocer esquema corporal, tablas de equilibrio, etc).

¹⁴ Licenciado en kinesiología y Fisiatría. Jefe del Servicio de Kinesiología del Hospital Nacional Colonia Montes de Oca.

El Servicio de Kinesiología en la actualidad, realiza una labor de apoyo fundamental en la rehabilitación física de los residentes, las estadísticas así lo demuestran. Tal es así que en el año 2018 se han atendido 14440 pacientes entre residentes de la Institución y pacientes de Consultorio Externo. A partir del año 2017 hemos empezado a atender consultorios externos de neuropediatría, siendo uno de los pocos Hospitales Nacionales que así lo hace.

El Servicio sigue creciendo siempre sin dejar de ver lo más importante, que es atención de los residentes con trastornos en su salud mental alojados en la Institución.

A través de los últimos años hemos podido demostrar la importancia de nuestra labor y vocación de servicio hacia las personas que más lo necesitan, tal muestra de ello es el haber construido y ganado un espacio de rehabilitación física kinésica en 8 de los 10 pabellones de internación con los cuales cuenta la Institución en la actualidad. Dichos espacios de Rehabilitación Física se encuentran equipados con elementos tales como barra paralela, bicicleta fija, equipo de poleoterapia, y diversos artículos necesarios y útiles para un gimnasio terapéutico que logre desarrollar y devolver las capacidades funcionales de los residentes en la Institución.

Estructura del Servicio de Kinesiología en la actualidad

Función de Jefatura

Supervisión y coordinación de las acciones de los agentes en lo referido a su actuar profesional en los diferentes dispositivos de la Institución.

Organización de los períodos de licencias de los profesionales del Servicio.

Realización de las tareas administrativas.

Realización de pedidos de materiales para el Servicio y para la Institución (sillas de ruedas, andadores, etc.)

Función de Kinesiólogos del Servicio

Satisfacer la demanda de atención de las personas con trastorno en salud mental que se encuentran alojados en hogares, centros de día, clínica médica y que concurren al Servicio, como así de los pacientes de consultorios externos tanto adultos como pediátricos.

Normas y organigrama laboral

La actividad brindada por los profesionales actuantes está conformada de la siguiente manera:

- Atención a las personas con trastornos en la salud mental que concurren al Servicio a realizar tratamientos de fisiokinesioterapia derivados por el personal médico de la Institución.
- Atención a personas con trastornos en la salud mental en hogares, centros de día que requieran tratamiento kinésico y que dadas las condiciones físicas no pudiesen acercarse al Servicio.
- Realización de catastros kinésicos anuales.
- Atención a personas con trastornos en la salud mental internados en el Servicio de Clínica Médica bajo derivación.
- Realización de controles a personas con trastornos en la salud mental que se encuentran en los hogares, centros de día, etc, que han sido dado de alta kinésica por haber finalizado su tratamiento.
- El servicio funciona de lunes a viernes a partir de las 8 a 17 horas.
- Los profesionales del Servicio, atienden los pacientes que concurren de los pabellones y / o centros de día, en una franja horaria hasta media mañana, luego de ese período de tiempo, concurre cada kinesiólogo a los pabellones asignados a cargo, a realizar los catastros anuales kinésicos y demás tratamientos.
- Quedará a criterio de cada profesional la elección de los tratamientos de rehabilitación, para cada caso en particular, amparándonos en la ley del ejercicio profesional de la kinesiología. (Ley 24317).
- La elección de los períodos de licencias de los profesionales, se darán de tal forma de cubrir la mayor cantidad de días y horarios del Servicio, previa coordinación y aprobación de la Jefatura del mismo.
- Las licencias que no correspondieren a la L.A.R. se registrarán por lo que indica la administración pública nacional.
- Los profesionales participan de los equipos inter-multidisciplinarios en hogares, centros de día, etc. que correspondieren.
- Los profesionales concurren y participan de cursos de perfeccionamiento, charlas, debates, etc. de interés para el Servicio; como así también se realizan ateneos clínicos para el personal de la Institución interesado en la temática.

Relación entre la Kinesiología y la Salud Mental

Los trastornos mentales, debido a su naturaleza única y diferenciada de otras enfermedades, están determinados multifactorialmente, integrando elementos de origen biológico, genético, neurológico, ambiental, familiar, psicosocial y psicológico, teniendo todos estos factores un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su fenomenología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

Las enfermedades mentales son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. En general, son causa de deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y al comportamiento social adaptativo. Las enfermedades mentales no son entidades anatomoclínicas, sino formas de existencia o de conciencia patológicas, que se distinguen y definen por su fisonomía clínica, su estructura y evolución.

Teniendo en cuenta que los diferentes trastornos psiquiátricos no son un hecho aislado, sino que forman parte de un todo que conforma al individuo, se evidencian alteraciones que deben ser abordadas y específicamente tratadas, por diferentes profesionales; los cuáles desde las incumbencias de su especialidad, abordan al paciente conformando así, un equipo interdisciplinario tendiente a la evolución integral del individuo.

Las personas que padecen Patologías Mentales, no solo presentan alteraciones psíquicas, sino que también, a causa de la patología de base y en la mayoría de los casos, consecuente a la medicación que se les suministra; padecen alteraciones motrices, cada una de ellas de suma importancia y causante de limitaciones para el paciente.

Hoy día la Salud Mental es una prioridad y un reto en muchos países. La Fisioterapia en Salud Mental (FSM) es un área de intervención en el que el fisioterapeuta puede hacer uso de diversas estrategias tanto preventivas como terapéuticas dirigidas directamente a intervenir sobre la alteración mental o psíquica del paciente. Esta especialidad de la fisioterapia ya se encuentra instaurada en algunos países europeos tanto en los planes de pregrado, postgrado y en los servicios de salud mental de los sistemas sanitarios públicos.

“El rol del kinesiólogo es mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y desarrollar o mantener el máximo nivel de autonomía posible”.

Gran cantidad de síntomas físicos o corporales aparecen frecuentemente en trastornos psiquiátricos revelando la estrecha interacción entre el cuerpo y la mente. Cada patología Mental presenta un conjunto de síntomas físicos propios. Esta somatización demuestra como el trastorno psíquico afecta el estado físico de la persona y viceversa, por lo que la intervención del Kinesiólogo influiría sobre el estado mental del paciente, de aquí el fundamento de la FSM (Fisioterapia en Salud Mental). El reto que debe lograr el fisioterapeuta que trabaja en esta especialidad es incluir la dimensión psicológica y existencial a la dimensión fisioterapéutica, que es lo que diferencia a esta especialidad del resto.

La Fisioterapia en Salud Mental (FSM) ha demostrado eficacia en gran cantidad de alteraciones mentales, por ejemplo: Trastornos de personalidad, Trastornos de Bipolaridad, Depresión, Esquizofrenia, Demencias, Ansiedad y Discapacidad intelectual. Por otra parte, también se puede dirigir el tratamiento a reducir los síntomas derivados de los antipsicóticos usados para aliviar los síntomas de los trastornos y que provocan un gran número de efectos secundarios tales como rigidez, temblores, alteraciones de tono muscular, tics, etc.

Dada la característica de Nuestra Institución la patología más frecuente es la discapacidad intelectual, siendo esta entidad la que afecta a más del 85% de los aproximadamente 500 residentes.

Alteraciones motoras

Dos pueden ser las causas de las alteraciones motoras en pacientes que padecen enfermedades mentales, la propia patología y la medicación suministrada para su tratamiento.

La fisioterapia en salud mental se basa fundamentalmente en el concepto sobre la unión existente entre mente y cuerpo. Los profesionales dedicados a esta disciplina pueden y deben disponer de un arsenal terapéutico muy amplio, nutrido por todas las técnicas disponibles en fisioterapia. La Fisioterapia en Salud mental (FSM) lo que plantea es que el cuerpo influye tanto en establecer como en mantener, síntomas mentales. El impacto en el cuerpo se puede observar por ejemplo en la marcha, en la atención y en la percepción del paciente al desarrollo de los movimientos. Desde esta perspectiva, la fisioterapia psiquiátrica estimula al paciente hacia experiencias sobre la manifestación de sentimientos a través del cuerpo y sobre el por qué conflictos de larga duración pueden quedarse impresos en el mismo.

En kinesiología se utilizan Técnicas de Relajación como Masoterapia, Elongación, Relajación de Jacobson, así como también Hidroterapia, Movilizaciones y Ejercicios, Terapia de Conciencia Corporal, Reeducción Postural Global, y Reeducción de Marcha.

En cuanto a la marcha de los pacientes psiquiátricos, hemos descripto que en muchas patologías se ve alterada, por lo que un tratamiento que tenga como finalidad rehabilitarla resulta indispensable. La disminución de la funcionalidad en el caminar, aumenta el esfuerzo, resta independencia y favorece a caídas, por ende, también a fracturas, luxaciones y otras lesiones que además de dolor, causarán incapacidad y un largo período de recuperación. Nuestro objetivo es mejorar la capacidad del paciente de alcanzar una marcha independiente o de poder ser asistidos por ayudas biomecánicas. Actualmente existen ayudas compensatorias de sostén y de apoyo para realizar la marcha, entre ellas bastones, andadores, trípodes, muletas, y cualquier otro dispositivo que disminuya la carga de peso sobre los miembros inferiores y facilite el movimiento.

Hay muchas técnicas terapéuticas para rehabilitar la marcha, lo que debemos perseguir es mejorar la fuerza muscular en miembros inferiores, aumentar la estabilidad funcional y el equilibrio, facilitar el aprendizaje de los patrones de movimiento normal, mejorar el control de la postura y lograr buen control de tronco y de desplazamiento de peso. El ejercicio también es un factor muy importante a la hora de hablar de bienestar, es un agente terapéutico que en este caso nos puede resultar efectivo para el mantenimiento y la rehabilitación de alteraciones musculoesqueléticas y neurológicas, nos ayuda a mejorar el aspecto del paciente, sus funciones corporales, aliviar las tensiones, mejorar su coordinación, aumentar su fuerza y su resistencia, mejorar la postura y por sobre todo recrear al paciente que está internado.

En cuanto a los trastornos a nivel motriz que tienen como origen la patología en sí misma se conocieron las apraxias que son las dificultades de cumplir correctamente un movimiento habitual, automático y adquirido, adaptado a un fin determinado. Tics, tartamudez, temblor, mioclonías, tensión muscular e hipertonia, en el caso de las neurosis y trastornos psicopáticos. Hipercinesia, ascinesia, contracturas algias y acortamientos musculares en casos de psicosis agudas y paracinesias, manierismos, estereotípias motoras, catatonía y ataxia (que se acompaña usualmente de alteraciones de equilibrio y de la marcha) en casos crónicos. Déficits motores y sensitivos, síndromes extrapiramidales y trastornos sensoriales en las demencias y excitación psicomotriz, ansiedad, tensión muscular y parestesias en miembros inferiores presente en adicciones. Siendo las alteraciones motrices que tienen como origen la medicación suministrada

en cada caso, el parkinson medicamentoso, las distonías agudas, acatisia, discinesias tardías, temblor, estupor, debilidad muscular y disminución de la coordinación (por ende, afectación en equilibrio y marcha). Las personas con enfermedad mental tienen desafíos en el ámbito físico, principalmente en el estado de agitación y las dificultades de coordinación motriz. Por lo que se evidencia y se necesita un tratamiento kinésico de rehabilitación y reeducación.

Como resultado de tal afectación en su motricidad, se observa la alteración de diferentes actos motores como la marcha, las actividades de la vida diaria y de relación, las posturas adoptadas, y acciones en las que intervenga la motricidad fina y gruesa. Por ello se insiste la detección precoz de cada alteración, para una acción preventiva y un mejor pronóstico en calidad física de los pacientes.

Emprendimientos sociales: una alternativa facilitadora para la participación en la comunidad

Karina Albanese¹⁵

Valeria Gómez Aguiar¹⁶

Verónica Luchini¹⁷

Florencia Marchi¹⁸

María Laura Pighin¹⁹

Aldana Zavagna²⁰

ARGENTINA

Introducción

El marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso, articula la contribución de la terapia ocupacional en la promoción de la salud, la participación de las personas, organizaciones y poblaciones hacia un compromiso con la ocupación.

La terapia ocupacional se define como *“el uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de mejorar o permitir la participación en los roles, hábitos y rutinas”*. Se interrelaciona la persona, con su participación en actividades

15 Licenciada en Terapia Ocupacional. Posgrado en Neurodesarrollo (UBA). Terapeuta ocupacional de Colonia Nacional Manuel Montes de Oca.

16 Licenciada en Terapia Ocupacional. Coordinadora del emprendimiento laboral “Kiosco”, integrante del equipo del DRC Los Tilos y Volver a vivir y del Hogar el Sol de Colonia Nac. Montes de Oca

17 Licenciada en Terapia Ocupacional. Integrante del equipo del Hogar Tercera Juventud y Coordinadora del Servicio de Terapia Ocupacional de la Colonia Nac. M. Montes de Oca.

18 Licenciada en Terapia Ocupacional. Integrante del equipo Hogar Confluencia y CISaM de la Colonia Nac. M. Montes de Oca

19 Licenciada en Terapia Ocupacional. Instructora de terapia Ocupacional de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental CMDO. Terapeuta integrante del equipo de intervenciones asistidas con animales (IACA) Colonia Montes de Oca. Certificación en terapia asistida con animales (perros y caballos). Terapeuta ocupacional Referente Emprendimiento Social Amanecer. Rehabilitación basada en la comunidad.

20 Licenciada en Terapia Ocupacional. Integrante del equipo de Centros de Día Encuentro, La Huella y Alquimia de la Colonia Nac. M. Montes de Oca.

significativas y el entorno, permitiendo diseñar planes de intervención favoreciendo adaptaciones y modificaciones en el medio cuando sea necesario.

La participación activa de la persona en las ocupaciones promueve, mantiene y facilita la salud y la participación, esto incluye diferentes conceptos. La Organización Mundial de la Salud (OMS 2006, p.1), define y considera a la *salud* como el estado de completo bienestar, físico, mental y social, no solo la ausencia de afecciones y enfermedades. *Bienestar* - “*en términos generales abarca el universo total del dominio de la vida humana, incluyendo aspectos físico, mental y social*” (OMS 2006, p.211) *Participación* - involucramiento en la situación de vida (OMS, 2001, p.10). *Compromiso en la ocupación* – el desempeño en ocupaciones es el resultado de la elección, motivación y significado dentro del contexto y ambiente.

Las actividades que la persona realiza cotidianamente influyen directamente sobre su salud, existencia de roles que facilitan su participación social, rutinas equilibradas y hábitos funcionales.

Las prácticas de terapia ocupacional ponen énfasis no solo en la persona, sino también en su naturaleza ocupacional y en la ocupación más allá del diagnóstico. Nuestra práctica toma la ocupación como medio imprescindible para propiciar salud.

Se considera además de suma importancia que la persona reconozca e identifique sus potencialidades, limitaciones y desarrolle actividades significativas y de interés.

Nuestra práctica se centra en el uso de las ocupaciones para promover la salud, el bienestar y la participación en la vida. Se interviene sobre las ocupaciones y las actividades.

Uno de los procesos más importantes que se lleva a cabo es el análisis de la actividad, el cual nos permite comprender las demandas de las tareas para entender las estructuras corporales, las funciones, las destrezas y los patrones de ejecución. Luego continúa el proceso de evaluación, el mismo varía en función del entorno y la práctica.

En consecuencia, a esto se elabora un perfil ocupacional el cual ofrece una mayor comprensión de la perspectiva y los antecedentes de la persona.

La terapia ocupacional considera las actividades como el producto y el medio de construcción del propio hombre y busca entender las relaciones que este establece, mediante su actividad, en su condición de vida y de salud (da Rocha Medeiros, 2017, p. 17).

“Toda persona necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace, y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud, y bienestar” (Wilcock y Townsend, 2008, p.198).

La intervención es a través de la planificación centrada en la persona, la cual garantiza la autodeterminación, incrementando la calidad de vida y fomentando un proyecto de vida significativo.

Este tipo de planificación se centra en los intereses y deseos, basándose en las habilidades y apoyos que la persona requiera. Para ello se busca la participación y el compromiso.

“La naturaleza propia de la ocupación- que se motiva internamente, se define individualmente, y requiere de la participación activa de la persona- significa que la persona debe ser parte activa del proceso (Marco de trabajo de la terapia ocupacional, *Ámbito de competencia y proceso*, 2008).

Dentro de los dispositivos de salud mental, como es bien sabido los terapeutas ocupacionales evalúan dificultades en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, ocio y tiempo libre, educativas, laborales, participación social. Nuestro enfoque está puesto en propiciar autonomía y participación en las personas con padecimiento mental. Motivando a la realización de actividades, utilizando recursos disponibles dentro de la comunidad, con el objetivo de brindar nuevas oportunidades para que los individuos formen parte de la comunidad llevando a cabo actividades significativas, que generen seguridad y autoestima repercutiendo directamente sobre su bienestar y calidad de vida.

Consideramos que la participación en la actividad, no solo involucre el desempeño sino también la experiencia subjetiva.

El terapeuta ocupacional procura garantizar contexto adecuado en los distintos ámbitos donde la persona se desempeña ocupacionalmente para optimizar la autonomía, y lograr una mayor funcionalidad en las actividades y la vida en comunidad.

Resumen del emprendimiento Amanecer

El ámbito laboral ha sido y actualmente es una preocupación permanente en la práctica de la Terapia Ocupacional.

El hacer diario nos propone permanente modificar alternativas y abordajes en función de las demandas institucionales para reconfigurar nuestra práctica y dar respuesta a las problemáticas que emergen del campo de la salud mental.

La necesidad de construir propuestas o dispositivos que den respuestas a la dimensión del trabajo como un derecho, una posibilidad de intercambio social y ejercicio de ciudadanía se ha transformado en el motor que impulso nuevas alternativas para aquellas personas que cursan por procesos de alta de internación.

Nuestro rol profesional ha exigido implementar estrategias de intervención y de acompañamiento individual, para que cada persona pueda llevar a cabo un proyecto de vida en la comunidad, otorgando los apoyos pertinentes para construir una vida social, ocupacional y laboral significativa.

En función de estos conceptos, junto con el modelo de inclusión social, nace el emprendimiento sociolaboral “*Amanecer*”. El dispositivo comenzó a funcionar a mediados del año 2010, a partir de la necesidad de construir un espacio para fortalecer hábitos y conductas relacionadas con el trabajo de un grupo de personas con alta de internación de la Colonia Montes de Oca.

Bajo estos conceptos dicho proyecto proponía y actualmente lo sigue haciendo una construcción gradual donde el trabajo forme parte de un proceso de producción y reproducción de identidad individual e interpersonal que organice el tiempo, permita planificar, establecerse metas y cumplirlas, así como conseguir los recursos necesarios para cubrir en la mayor medida posible las necesidades fundamentales para una vida digna, independiente y autónoma con base en la comunidad.

Fundamentación

Según una publicación del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) año 2015 (...) “*La construcción social de la discapacidad psicosocial contiene prejuicios negativos sobre las aptitudes para el trabajo de personas con padecimiento mental que redundan en el cuestionamiento de competencias para asumir labores con diligencia, calidad y responsabilidad.*”, para aquellas personas que cursan (...) “*por un proceso de externación es primordial recuperar y/o desarrollar habilidades laborales que posibiliten la inserción en un empleo*”... “*con los apoyos y ajustes razonables que precise para empezar a introducir un límite a la excesiva dependencia institucional que se fomentó durante la internación*”

psiquiátrica”... fortaleciendo una búsqueda activa de objetivos personales que sumen a la reconstrucción de una posibilidad laboral real. (Cap. 5. p.69).

Por otra parte, y siguiendo la misma línea, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su artículo 27 determina el derecho a todas las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones, en entornos laborales abiertos, inclusivos y accesibles para las personas con discapacidad.

Además, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 por un lado define a la salud mental “*como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona*”. Y, por otro lado, expresa que su función es “*asegurar el derecho a la protección de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento psíquico que se encuentran en el territorio nacional*”. En esta línea, su artículo 7 incisos “o” y “p” establece el derecho de las personas con padecimiento mental a no ser sometidos a trabajos forzados y, a recibir compensación por su tarea en caso de participar en actividades como labor terapia o trabajos comunitarios, respectivamente. Además, el artículo 11 considera servicios y prestaciones en la red de servicios basados en la comunidad, destinados a la inclusión laboral de personas con padecimiento psíquico.

Entendemos que las numerosas dificultades contextuales para el pasaje desde el ámbito hospitalario (donde surgen estos espacios) hacia el ámbito comunitario convierten las propuestas de rehabilitación laboral muchas veces en una propuesta terapéutica, y que ante la imposibilidad material de generar espacios productivos sólidos se valora el espacio por su valor ocupacional o rehabilitatorio en un sentido clínico y no necesariamente social” es por ello que dicho proyecto contempla la individualidad de cada uno de los usuarios que lo conforman considerando que para dicha población. El ámbito laboral debe incorporar prácticas de accesibilidad, sistemas de apoyo y ajustes razonables ya que existe una relación proporcional entre los años de internación y la pérdida de capacidades laborales.

Proponemos bajo estos conceptos que (...) el trabajo deja de ser una actividad terapéutica (prescripta, orientada, protegida) deja de ser una forma de simple ocupación del tiempo y el ocio para volverse una estrategia de ciudadanía y emancipación social. (Amarante 2009, p.91).

Y es a partir de dichos conceptos que las variables de inclusión laboral pasan a ser concebidas como parte de los procesos de atención y producción de salud, entendiendo a los usuarios de

los servicios como sujetos de capacidades, cuya construcción dinámica exige un tejido de intercambios sociales en el cual la articulación, la activación de recursos y posibilidades de los sujetos y espacios, entre otros, propone asumir los riesgos de entrar en la trama social forjando las bases concretas del ejercicio de derechos.

El fundamento a partir del cual la estructura de dicho proyecto propone las características de la constitución de un **Microemprendimiento social** en esta Residencia, es porque consideramos en función del curso de la experiencia que la empresa social podría resultar el mejor recurso de inserción comunitaria para las personas que conforman el proyecto, en contraposición a los lineamientos que proponen los talleres protegidos que de por sí marcan un techo, una limitación.

Según el CELS, la empresa social da una oportunidad de poder avanzar de una manera más dinámica y naturalizada en este proceso de reinserción y habilitación socio comunitaria a personas que cursan en proceso de externación, sintiendo que el producto puede llegar a otros actores comunitarios como parte del proceso de comercialización dinámica en la sociedad.

Según una publicación del ministerio de salud (Dispositivos de Inclusión Sociolaboral 2018), los dispositivos de inclusión socio-laboral forman parte de la estrategia general de inclusión y están destinadas a la integración de las personas en la comunidad. Están en la frontera entre el sector de salud y los demás sectores, entre la atención integral de salud y el trabajo, la producción y la comercialización.

Requieren de un equipo interdisciplinario constituido como mínimo por un/a profesional de la salud y un/a técnico/a o capacitador/a de oficio que trabajaran en co-coordinación que deben realizar dinámicamente evaluaciones de la situación actual e histórica de cada persona para determinar las tareas a realizar que más encuadren con el perfil del usuario.

Es pilar fundamental del proyecto la teoría de los sistemas de apoyo.

Bajo esta premisa la dinámica de trabajo propone: un enfoque actualizado de la conceptualización y evaluación de las necesidades de apoyo individuales de cada usuario implementando evaluaciones específicas del ámbito laboral que otorgan información variada del perfil de cada una de las personas que conforman el microemprendimiento.

Actualmente dicho proyecto incluye 6 personas con alta de internación de la colonia montes de oca que habitan en 2 de los dispositivos residenciales comunitarios de la ciudad de Luján. Con

posibilidad de incorporar nuevos actores al microemprendimiento en función del perfil de cada uno y las posibilidades de ampliación de las actividades laborales mismas.

Es necesario destacar que son pilares fundamentales del proyecto el objetivo general y los objetivos específicos los cuales a partir de su identificación determinan y fortalecen la dinámica de trabajo diaria con cada usuario.

- Concurren al emprendimiento los días lunes y martes de 8am-14pm.
- Los/as trabajadores/as poseen una cartera de clientes a los cuales frecuentan semanal o quincenalmente.
- En relación al pedido que cada cliente realiza, las trabajadoras/as preparan los productos, los reparten, cobran y piden los bidones vacíos.
- La ganancia que percibe cada trabajador/a es del 50% sobre el precio final del producto, y el 50% restante es destinado a la reposición de stock de productos.

Enmarcado en un perfil de trabajo Socio-sanitario el proyecto sienta sus bases en la habilitación/rehabilitación y en el concepto de trabajo como sinónimo de actividad productiva que apuntala la autoestima, el reconocimiento social, las relaciones interpersonales normatizadas con actores de la comunidad, organiza en tiempo y espacio y fortalece la economía de los participantes.

Objetivo general:

Proveer a los usuarios los apoyos pertinentes al ámbito laboral a fin de fortalecer el proceso de inserción en la comunidad. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Del proyecto en general:

- Valoración y promoción de la red social de apoyo.
- Reconocimiento de las necesidades de cada persona.
- Contribución al desarrollo de habilidades.
- Apuesta por sus potencialidades.

Del proyecto para con sus integrantes:

- Estimulación cognitiva.
 - Manejo y reconocimiento de medios de transporte para la planificación de entregas.
 - Administración de recursos y Manejo del dinero.

- Fortalecimiento para la toma de decisiones y responsabilidad en el ámbito laboral.
- Proveer los apoyos pertinentes para fortalecer el nivel d autonomía en cuestiones relacionados con cálculos matemáticos, mediciones, memorizaciones, resolución de problemas, análisis de situación, prevención de accidentes, necesidad de adaptaciones.
- Rehabilitación basada en la comunidad.
 - Identificación de referentes comunitarios que dinamicen las ventas cotidianas.
 - Enriquecimiento de los sistemas de comunicación.
 - Identificación y diferenciación de redes comunitarias para la comercialización de los productos.
 - Identificación de factores que fortalezcan valores relacionados con el cooperativismo entre los vendedores.

Conclusión

Nuestra experiencia ejerciendo el rol de terapeutas ocupacionales frente a este proyecto nos ha permitido tener un mirada crítica y pensante con respecto a lo beneficioso que pueden llegar a ser este tipo de enfoque dentro de nuestra comunidad.

También nos permitió reconocer la necesidad de que este tipo de propicio se multiplique y fortalezca con el correr del tiempo. Pudiendo dar respuesta y sostén a personas con este tipo de padecimiento. Logrando Brindar prácticas que faciliten su participación en la comunidad.

Nuestro trabajo ha intentado facilitar la ocupación en cada área que la incluya, AVD (actividades de la vida diaria), AVDI (actividades instrumentales de la vida diaria, descanso, sueño, educación, trabajo, juego, tiempo libre y participación social, no solo en su desempeño ocupacional, sino también pudiendo llevar a cabo intervenciones dentro y fuera del entorno de la persona.

Sin duda estamos convencidas que el emprendimiento social es una gran alternativa para que la persona pueda nuevamente incorporarse y participar en la comunidad.

El trabajo de reinserción es arduo, y comienza desde el relevamiento sobre la historia ocupacional, dependiendo de las particularidades del paciente.

Desde terapia ocupacional apostamos a este proceso como punto inicial donde apoyarnos y restablecer así roles ocupacionales olvidados.

Bibliografía

CELS. CRUZAR EL MURO. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio. 2015
Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso 3rd Edición –
2014

Terapia Ocupacional un enfoque epistemológico y social. Maria Heloisa da Rocha Medeiros
Organización mundial de la salud (OMS), 2006, p.1, p.211, OMS, 2001, P.10.

Msal. Dirección Nacional de Salud mental y Adicciones. DISPOSITIVOS DE INCLUSION
SOCIOLABORAL. Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la
Comunidad. 2018.

Spampinato. S. EMPRENDIMIENTOS SOCIALES EN SALUD MENTAL. Transformar
desde “abajo”. Revista Argentina de Terapia Ocupacional. Año 2 Nro.2. Dic. 2016. Ciudad de
Buenos Aires Argentina.

Yujnovsky N. EMPRENDIMIENTOS PRODUCTIVOS EN SALUD MENTAL. Del Hospital
monovalente a la comunidad. Revista Argentina de Terapia Ocupacional. Año 2
Nro.2 Dic. 2015.

Equinoterapia: una estrategia terapéutica diferente para el abordaje en el campo de la salud mental

Tornatore, Sergio (Coordinador)²¹

Calderón Martín²²

Lavalle Valeria²³

Pighin, María Laura²⁴

Ayup, Simón²⁵

ARGENTINA

Resumen

Diferentes estudios han demostrado que la equinoterapia proporciona estimulación física, cognitiva, emocional y social a sus beneficiarios, contribuyendo a fortalecer un conjunto de factores que no pueden ser alcanzados en abordajes convencionales.

En el año 2017, en el marco de los procesos de fortalecimiento de la atención integral en CMDO se crea el programa de equinoterapia, en función de la dinámica y características que este tipo de intervención aporta al tratamiento en el campo de la salud mental.

²¹ Médico veterinario (UBA). Médico veterinario y asesor agropecuario de Colonia Montes de Oca hasta 2018. Ex coordinador del equipo de IACA de Colonia Montes de Oca.

²² Lic. En Kinesiología y Fisiatría. Certificación en Equinoterapia como Herramienta en Pacientes con daño Neurológico y Patologías Asociadas. Terapeuta integrante del equipo de intervenciones asistidas con animales (IACA) Colonia Montes de Oca – Fusedin. Terapeuta en concepto Bobath (Neurorrehabilitación). Terapeuta en Reeducción Postural Global (RPG).

²³ Lic. en Psicología. Psicóloga del equipo de Pabellón 10 y Terapeuta integrante del equipo de intervenciones asistidas con animales (IACA) Colonia Montes de Oca. Psicóloga clínica en IPSE Salud Mental.

²⁴ Licenciada en Terapia Ocupacional. Instructora de terapia Ocupacional de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental CMDO. Terapeuta integrante del equipo de intervenciones asistidas con animales (IACA) Colonia Montes de Oca. Certificación en terapia asistida con animales (perros y caballos). Terapeuta ocupacional Referente Emprendimiento Social Amanecer. Rehabilitación basada en la comunidad.

²⁵ Adiestrador canino UBA. Adiestrador y guía de equinos, equipo IACA Colonia Nac. Montes de Oca.

El presente trabajo intenta sistematizar y evaluar los efectos terapéuticos de este tipo de herramientas. También registrar fundamentos metodológicos propios a partir del accionar diario en la institución y reflexionar conceptos teóricos claves que fortalezcan dicha metodología pues, la equinoterapia exige al usuario la activación de mecanismos de autocontrol, eleva la motivación, favorece la conexión con el medio, la capacidad de comunicación, favorece a la integración sensorial del sujeto, la regulación del tono muscular, desarrollo de una mayor simetría corporal y control postural.

Finalmente se expondrán los resultados alcanzados en la experiencia desarrollada, concluyendo que este tipo de abordaje se transformó en un espacio significativo de estímulos positivos para aquellas personas en las que se observaba un estancamiento en la evolución de su plan de rehabilitación integral.

1.- Introducción y Objetivos:

La información existente sobre el trabajo con caballos como terapia en el campo de la salud mental es muy variada, sin embargo, no es tan sencillo disponer de estudios que demuestran con medición objetiva los efectos y beneficios terapéuticos de dicha actividad.

Diferentes estudios (1) han demostrado que la equinoterapia proporciona estimulación física, cognitiva, emocional y social a sus beneficiarios, contribuyendo a fortalecer un conjunto de factores que no pueden ser alcanzados en abordajes convencionales. Esta nueva alternativa de abordaje fundamenta sus bases teóricas en la neuro-plasticidad, promoviendo abordajes de carácter interdisciplinarios que enriquecen el monto de información en cada intervención. El caballo, gracias a su capacidad de desplazamiento dinámico y rítmico, a su tamaño, corporalidad, y a su cooperación activa, se ha transformado en una herramienta valiosa, en las diferentes modalidades de intervención terapéutica; fortaleciendo la motivación, estimulando la creatividad, mejorando la atención y concentración, estimulando la sensibilidad táctil, visual, auditiva y olfativa, ayudando al aprendizaje pautado de acciones en función del desarrollo de la autonomía.

Este tipo de abordaje ofrece al usuario un abanico de posibilidades amplio y variado, ya que además de trabajar los aspectos cognitivos, emocionales, afectivos, sociales y conductuales, a través de directivas sensoriales, añade el trabajo físico, propicio para la mente y el cerebro. Frente a esta descripción el caballo se transforma en una herramienta útil para abordar factores relacionados con la construcción del esquema corporal, la confianza en sí mismo, el

fortalecimiento de habilidades cognitivas, la sensorialidad, la construcción gradual del concepto de la responsabilidad y cuidado de sí mismo y terceros, el desarrollo del lenguaje y las habilidades sociales, el manejo de las conductas impulsivas, el estrés y la hiperactividad, en función de las restricciones y /o cooperaciones que pueda llegar a aportar el equino consecuencia de sus características durante la sesión.

Según lo determinan algunas investigaciones, los beneficios que otorgan este tipo de terapia a pacientes con alteraciones neurológicas se deben al calor corporal del caballo, entre 38 y 38, 8 Grados, que provoca una distensión muscular favorable a los impulsos rítmicos que origina el andar de este animal, entre 90 y 110 oscilaciones por minuto, que se transmiten por la columna vertebral hasta la cabeza y al patrón tridimensional que transmite el caballo al cinturón pélvico del jinete (equivalente a la marcha humana), fortaleciendo factores como la regulación del tono muscular, el equilibrio y la coordinación.

Durante la monta el paso del caballo, provee una entrada sensorial a través del movimiento variable, rítmico y repetitivo. La variabilidad de la marcha del caballo, posibilita al usuario un mayor registro terapéutico en función del grado de sensaciones que recibe durante la actividad. Los ejercicios neuromusculares aplicados durante la monta refuerzan y complementan el efecto terapéutico y apoyan la regulación del tono muscular, la disminución de los efectos tónicos, la coordinación motora gruesa, la simetría corporal, la estabilización del tronco y de la cabeza, y el desarrollo de elasticidad, agilidad y fuerza muscular.

Descritos estos fundamentos teóricos podría afirmarse que a diferencia de tratamientos convencionales de rehabilitación la equinoterapia aporta beneficios concretos relativos a la rehabilitación física y motivacional de personas con multidiscapacidad, creando pertinente destacar que aporta metodología de intervención propicia y novedosa para personas que cursan situaciones de cronicación. También que han sido factibles de observar en el transcurso de cada sesión progresos en factores físicos (como equilibrio, coordinación, fortalecimiento muscular) y motivacionales simplemente por la presencia del animal, aumentando la capacidad de autonomía, la autoestima y enriqueciendo el concepto de sí mismo.

El presente trabajo busca evaluar el efecto terapéutico de este tipo de abordaje en el campo de la salud mental, específicamente en pacientes con discapacidad intelectual, patología psiquiátrica y con trastornos motores asociados donde la cronicidad del diagnóstico no favorece el alcance de indicadores de calidad de vida.

Para dicho estudio se ha seleccionado una población de 6 usuarios adultos residentes del Hospital Nacional Montes de Oca, con quienes se ha realizado una sesión semanal durante el primer semestre de 2018.

Se han implementado en las sesiones distintas modalidades que incluyeron trabajo de piso, hipoterapia pasiva, hipoterapia activa y monta terapéutica, dependiendo de las características y necesidades de abordaje propias de cada sujeto.

Los motivos de derivación al proyecto, los diagnósticos comunes y la determinación de la dinámica de intervención resultaron ser factores claves para la identificación de 2 variables comunes en la planificación de los tratamientos.

A fin de identificar las variables de investigación se detectaron dos variables recurrentes en cada plan de intervención que organizaron el curso de las mismas, conforme a la metodología propia de la equinoterapia.

Visualizadas las variables, comunes en cada plan de intervención. A saber, **los desórdenes de conducta y las problemáticas físicas crónicas**, (aspectos pasibles de ser abordados en la equinoterapia) aportaron datos significativos para la dinámica del proyecto, y es a partir de ellos, que se desprenden diversas hipótesis:

- La equinoterapia demanda al usuario la puesta en marcha de mecanismos de autocontrol, eleva la motivación, favorece la conexión con el medio y estimula la comunicación.
- la equinoterapia favorece a la integración sensorial del sujeto (modulación y discriminación de estímulos sensoriales).
- La equinoterapia proporciona efectos positivos en la regulación del tono muscular, desarrollo de una mayor simetría corporal y control postural.

2.- Marco Teórico

Según refiere Edith Gross en su libro, Equinoterapia *La rehabilitación por medio del caballo* (3). "Los progresos en factores físicos como equilibrio, coordinación, fortalecimiento muscular pueden tener efectos favorables a nivel psicológico aumentando la capacidad de autonomía, la autoestima y enriquecer el concepto de sí mismo".

Según un artículo publicado por la Revista Digital E Deportes en el año 2013 (4) acerca de la equinoterapia en la rehabilitación integral del autismo hace referencia "el tratamiento se orienta

a neutralizar las manifestaciones clínicas en particular a promover el contacto del niño con el medio y las personas y a propiciar que acepte los cambios; otro aspecto importante es el desarrollo de habilidades comunicativas, sociales y de la conducta... en esta dirección el empleo de las terapias combinadas puede ser de gran ayuda". Los autores defienden aquello que llaman equinoterapia combinada, entendiéndola como la combinación de técnicas clásicas de rehabilitación junto con los aportes de la equinoterapia.

Otros autores (4) plantean que la equinoterapia estimula respuestas fisiológicas y psicológicas, siendo una terapia indicada para conseguir un efecto distensor y relajante de contracciones musculares y a la vez de estimulación de musculatura hipotónica. *"El caballo pone a nuestro servicio tres características específicas que forman base para la utilización de la equitación como terapia: transmisión de su calor corporal, transmisión de impulsos rítmicos y transmisión de un patrón de locomoción equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana"*.

Incluso existen autores como Martínez Guzmán (7) que abordan efectos positivos de la equinoterapia que trascienden el plano motriz llegando a tener efectos positivos en aspectos psíquicos como la ansiedad. Dentro de los resultados de su investigación en la cual evaluó distintos indicadores los resultados mostraron una mejora en el nivel de ansiedad de los participantes. Pudiendo agregar en función de las restricciones y /o cooperaciones que pueda llegar a aportar el equino debido a sus características durante la sesión.

3.- Metodología

Para dicho estudio han sido seleccionados 6 usuarios adultos residentes del Hospital Nacional Colonia Montes de Oca cuyo rango etario varió entre 20 y 60 años de edad, 3 con discapacidad intelectual y 3 con diagnósticos psiquiátricos, todos con trastornos motores asociados.

Los 6 usuarios llegan al proyecto por derivación del equipo tratante de su lugar de residencia, previa firma de consentimiento informado por parte de tutores legales y reuniendo los siguientes criterios de inclusión.

a nivel físico:

- Alteración del tono muscular
- Patrón postural flexor predominante.
- Deficiencia marcada en músculos anti gravitatorios
- hipertonía/hipotonía/tono fluctuante.
- Alteración de coordinación y equilibrio.
- Inestabilidad en marcha.

a nivel conductual:

- Deficiencias en la capacidad de comunicación (mutismos por cuestiones emocionales o por las características propias de cada cuadro).
- Aislamiento.
- Impulsividad.
- desórdenes de integración sensorial (hipo/hiper respuesta a diversos estímulos).

Identificada la población muestra se realizaron evaluaciones iniciales que incluyen mediciones goniométricas en pacientes con trastornos motores. En función de la necesidad se confecciono una evaluación interna cuyos ítems consignaron algunos factores importantes para marcar dinámica en la sesión como valoración de la posición del tronco, las características del tono muscular, la modulación sensorial, entre otros.

Los métodos de observación inicial incluyeron la identificación de indicadores de comunicación gestual y verbal, sonrisa social, procesos de colaboración grupal, contacto ocular y respuesta corporal en sesión. El tiempo promedio de duración de cada sesión fue de 30/45 minutos a partir del contacto paciente equino, previo acondicionamiento de factores que garanticen la dinámica de la sesión y a la tolerancia del paciente.

Dependiendo de los objetivos planteados para cada usuario la modalidad de trabajo se basó en:

- Trabajo de piso: Incluye el primer acercamiento del usuario con el equino, facilitando el vínculo humano animal.
- Hipoterapia Pasiva: El usuario monta y se adapta pasivamente al movimiento del caballo sin ninguna acción de su parte aprovechando los impulsos rítmicos y el patrón de locomoción tridimensional del caballo. Una variable dentro de este ítem es la monta gemela, donde el terapeuta provee apoyo y alineación, ubicándose detrás del paciente sobre el caballo.
- Hipoterapia Activa: Se añade la utilización de materiales y ejecución de ejercicios de coordinación psicomotriz, simetría corporal y propioceptivos.
- Monta Terapéutica: Se enseñan técnicas de equitación. El usuario conduce al caballo por sí mismo, dentro de la pista, resolviendo obstáculos y realizando recorridos al paso y trote del caballo.

El estudio fue llevado a cabo en el predio del Hospital Nacional Montes de Oca destinado para dicho proyecto, en un área propicia para el despliegue de la actividad.

4.- Resultados obtenidos

Durante el desarrollo de las sesiones se fueron aplicando técnicas propias del ámbito de la equinoterapia. Inicialmente consistieron en trabajo de piso, posteriormente hipoterapia pasiva con apoyo en la monta gemela, luego hipoterapia activa y por último monta terapéutica.

Completada la etapa de observación y evaluación podemos afirmar que este último periodo se han visualizado respuestas favorables al abordaje en gran parte de los usuarios. Para ser más precisos en aquellos con trastornos motores se ha observado una mejoría notable de su control postural, (lográndose la activación selectiva de musculatura hipotónica a nivel de extensores dorsales de columna conjuntamente asociado a la relajación de musculatura hiperactiva tanto a nivel de pectorales como flexores de cadera) modificando favorablemente la simetría corporal de los usuarios. En relación al rango articular, específicamente en cadera, se ha logrado en algunos usuarios ganar algunos grados de movimiento tanto de extensión como abducción. En esta misma población se observaron efectos positivos en las reacciones de equilibrio y enderezamiento al mejorar notablemente el control de tronco y cabeza logrando la estabilidad necesaria para permanecer de pie realizando una actividad en tiempo y espacio, específica y de manera gradual. Se observó en algunos casos la apertura espontánea y activa de manos, el fortalecimiento de pinzas y prensiones palmares necesarias para la toma de objetos y la exploración del espacio de trabajo.

Asimismo, en todos los usuarios se observó un aumento significativo en los niveles de alerta, y en algunos casos un mayor nivel de respuesta y conexión por la motivación que la herramienta de intervención (caballo) provoca al usuario. Se vieron fortalecidos también los componentes cognitivos, enriquecidos por el proceso de aprendizaje y las instancias de estímulo en casa sesión.

La motivación, otro aspecto de ser pasible de mención resulto ser un aspecto clave para conseguir adherencia al tratamiento. se han detectado cambios significativos en cada sesión, aportando información pertinente para identificar el fortalecimiento de factores claves relacionados con la autoestima, la confianza en sí mismo y la regulación de mecanismos de índole sensorial.

Es digno de destacar que consecuencia del fortalecimiento de factores relacionados con la motivación, (la confianza en sí mismo, el desarrollo de la capacidad de comunicación y la capacidad de expresión) disminuyeron las conductas impulsivas, propiciando en cada sesión

instancias de comunicación, regulación e interpretación terapéutica para enriquecer y garantizar la seguridad en la misma.

En aquellos usuarios con discapacidad intelectual se han observado mejoras en el área de la comunicación y el lenguaje, tanto a nivel gestual como verbal. Fundamentalmente en la articulación de las palabras y el armado de frases sencillas o la repetición de ecolalias como forma alternativa de comunicación entre terapeuta- usuario- equino frente a alguna directiva. También se han visualizado contacto visual espontáneo, sonrisas y sostenimiento de la mirada frente a algún estímulo, cuestiones que no se observaban al inicio del tratamiento.

Y sin dudas para finalizar en cada uno de los usuarios observamos pequeñas mejoras en aquellas instancias donde el proceso continuo de feedback favorece la identificación/interpretación del estímulo (gestual, verbal o motor), mejora la eficiencia del procesamiento de la información y consecuentemente la capacidad de comunicación y aprendizaje.

5.- Conclusiones y recomendaciones

Considerando lo expuesto, el equipo concluye que la equinoterapia brinda la posibilidad de lograr objetivos que no son alcanzados en abordajes convencionales.

Recomendamos las intervenciones asistidas con animales como un abordaje válido en la rehabilitación, y en diferentes tratamientos específicos, fundamentalmente para aquellos casos donde la cronicidad del diagnóstico no favorece el alcance de indicadores de calidad de vida.

Para ello es indispensable la conformación de un equipo interdisciplinario integrado por: Médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, kinesiólogo, médico veterinario, guía, adiestrador, voluntarios y equinos entrenados para la actividad específica.

6.- Referencias bibliográficas

María fuentes Mejías (Fisioterapeuta pediátrica) clínica nuestra señora del perpetuo socorro, Jordi Hernández García. Escuela Especial Guimbarda. IX Documento: Sociedad Española de fisioterapia en pediatría. Mejora de la simetría muscular en niños con parálisis cerebral mediante hipoterapia. Barcelona 2005.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (D.S.M. V) Editorial panamericana. Estados unidos 2013.

Edith Gross Naschert, Equinoterapia *La rehabilitación por medio del caballo*. México- Trillas, 2006.

Pérez Álvarez Luis, Pérez Guerrero María et al. Revista Digital EFDeportes. La equinoterapia en la rehabilitación integral del autismo. Buenos Aires, 2013.

Castaño Raimundo, López Macarena. Universidad Pontificia de Salamanca. Libro de Actas congreso internacional de Deporte Inclusivo. Cap. 383. Equinoterapia. Terapia alternativa para personas con discapacidad. España, 2018.

Martínez Guzmán Inés. universidad Rafael Landívar. Tesis. licenciatura en Psicología Clínica. Efectividad de un programa de Equinoterapia para reducir niveles de ansiedad en niños en un colegio privado de la ciudad de Guatemala. Guatemala 2016.

7.- Bibliografía consultada

Edith Gross Naschert, Equinoterapia La rehabilitación por medio del caballo. México- Trillas, 2006.

Renate Bender, Hipoterapia. Santiago, Chile- Mediterráneo, 2011.

María Elina Orozco Aranco, Equinoterapia y Discapacidad: Un abordaje desde la Psicología. Trabajo Final de Grado. Universidad de la República- Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay. Febrero 2015.

Curso “Introducción sobre intervenciones asistidas con animales”. Facultad de Veterinaria. (UBA). Octubre 2016.

V Congreso Internacional de Equinoterapia. Santiago, Chile 2017.

A universidade e sua missão de promover saúde: uma proposta de intervenção em um grupo de imigrantes brasileiros em Massachusetts

*Fernando Vieira Machado*²⁶

BRASIL

As universidades são espaços sociais estratégicos para a promover e melhorar a saúde de grupos populacionais específicos que com ela se relacionam e, conseqüentemente, gerar um impacto positivo sobre a população geral. Os investimentos e trabalhos feitos na área da saúde pelas universidades conduzem a sociedade para um patamar superior de justiça e paz.

Esta missão das universidades tem como base os pressupostos de que a saúde deve ser prioridade para suas ações de desenvolvimento e de que é possível melhorar a saúde das pessoas e comunidades com o desenvolvimento de pesquisas e trabalhos que alterem de forma quantitativa e qualitativa o ambiente socioeconômico. Por isso, é essencial que as pessoas que atuam na universidade, bem como seus departamentos assumam seu papel na criação de oportunidades, mediante o comprometimento político e organizacional com o desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais e de saúde (Moysés, Moysés & Krempel, 2004; Sícoli, Nascimento, 2003).

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo mostrar como a universidade pode atuar junto a um grupo vulnerável e muitas vezes excluído que são os imigrantes. Particularmente, foi escolhido o grupo de imigrantes brasileiros que trabalham na região da Nova Inglaterra nos Estados Unidos da América. De forma mais específica, no Estado de Massachusetts. O autor deste trabalho a partir de um projeto elaborado junto à universidade onde atua, desenvolveu uma proposta de ação voltada para conhecer as vivências de sofrimento no trabalho de imigrantes brasileiros naquele estado norte-americano e, a partir daí, propor novas ações visando a promoção da saúde mental neste grupo de vulneráveis.

A proposta de intervenção neste grupo populacional se justifica, porque de acordo com o Ministério das Relações Exteriores do Brasil (2012) dos mais de três milhões de brasileiros que vivem como

26 Psicólogo do Instituto Federal do Tocantins (Brasil). Doutorando em Psicopatologia Clínica e Psicologia da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

imigrantes em todo o mundo há uma estimativa de que mais de um milhão e quatrocentos mil brasileiros vivem nos Estados Unidos. Segundo Lima (2017) os brasileiros que em 2000 formavam a 28ª maior comunidade (i)migrante dos Estados Unidos, passaram a ocupar o 19º lugar em 2014.

No Estado da Flórida vivem cerca de 260 mil brasileiros, o que o torna o destino mais procurado. As duas maiores áreas de concentração de brasileiros naquele Estado é a região de Miami-Fort Lauderdale-West Palm Beach e a cidade de Orlando.

Massachusetts, com 218 mil brasileiros, é o segundo Estado com a maior população (i)migrantes vindos do Brasil, os quais se concentram em três grande áreas: Boston e a região da Costa Norte (North Shore), a região conhecida como Metro West e a região da Costa Sul do estado e suas ilhas de Martha's Vineyards e Nantucket (South Shore, Cape Cod & Islands).

Na região formada pelos Estados de Nova York e de Nova Jersey vivem cerca de 212 mil brasileiros. A maioria, cerca de 121 mil, vive no estado de Nova Jersey, mais especificamente na cidade de Newark e em seus arredores. E, no Estado da Califórnia vivem cerca de 125 mil brasileiros. A maioria região da cidade de São Francisco e na região metropolitana da cidade de Los Angeles.

No entanto, a maioria dos brasileiros não está documentada. Os estudos de Marcelli et al (2009) sobre os brasileiros que moram em Massachusetts apontam que 71% dos adultos brasileiros que vivem na área metropolitana de Boston-Cambridge-Quincy, que formam a “Grande Boston”, e 16% de seus filhos são indocumentados, ou seja, vivem de forma ilegal na América.

Dados do United States Census Bureau mostram que, de 2007 a 2011, a população de (i) migrantes brasileiros cresceu 7,4% (United States Census Bureau, 2007, 2011b). Da mesma forma, de 2009 a 2011, os brasileiros em Massachusetts cresceram a uma taxa de 7,7% (United States Census Bureau, 2009, 2011a). Além disso, os dados de imigração de 2000-2003 indicam que os brasileiros eram responsáveis por cerca de 19% de todos os novos (i) migrantes em Massachusetts e se tornaram o quinto maior grupo de (i)migrantes em Massachusetts.

Segundo Lima (2017), as motivações do movimento migratório dos brasileiros nos Estados Unidos têm muitas complexidades ao longo da história. Elas não são somente econômicas e financeiras. Existem fatores psicológicos, culturais e sociais que levam as pessoas a viver na América. Para Soares, Martes & Fleischer (2003), as relações de parentesco e amizade contribuem fortemente para a existência do processo de migração com o objetivo de manter os laços de conexão entre os locais de origem no Brasil e os de destino nos Estados Unidos.

No período de 2013 a 2018, através análise bibliográfica na Plataforma de Periódicos Capes, foram encontrados publicados nos principais periódicos internacionais vinte e cinco artigos escritos por

pesquisadores nos Estados Unidos utilizando as palavras-chave: “immigrants”, “brazilian”, “sickness”, “health mental” and “work”. Destes vinte e cinco artigos encontrados, oito destes artigos se referem a pesquisas envolvendo especificamente os brasileiros (i)migrantes em Massachusetts. São estes os autores e seus respectivos artigos:

Quadro 1

Artigos publicados por pesquisadores nos EUA, entre 2013 e 2018, sobre brasileiros em Massachusetts utilizando as palavras: “immigrants”, “brazilian”, “sickness”, “health mental” and “work”

| Autor | Artigo | Ano de Publicação |
|--|--|--------------------------|
| Lazar-Neto, F. et al | Depression and its Correlates Among Brazilian Immigrants in Massachusetts USA | 2017 |
| Anzman-Frasca, Stephanie et al | Depressive symptoms and weight status among women recently immigrating to the US | 2016 |
| Siqueira, CE et al | Documents make a difference - the case of Brazilian domestic workers in Massachusetts USA | 2016 |
| Jimenez, Daniel E. et al | Health behavior change benefits - perspectives of Latinos with serious mental illness | 2016 |
| Carlini, Beatriz H. et al | Using Internet to Recruit Immigrants with Language and Culture Barriers for Tobacco and Alcohol Use Screening - a study among brazilians | 2015 |
| Sanchez, Monica et al | Brave New World - Mental Health Experiences of Puerto Ricans, Immigrant Latinos, and Brazilians in Massachusetts | 2014 |
| Holmes Louisa M. & Marcelli, Enrico A. | Neighborhood Social Cohesion and Smoking among legal and unauthorized Brazilian migrants in Metropolitan Boston | 2014 |
| Panikkar, Bindu et al | Occupational Health Outcomes Among Self-Identified Immigrant workers living and working in Somerville Massachusetts 2006 2009 | 2013 |

Os resultados permitem fazer algumas considerações pertinentes. Os Estados Unidos, que é o país do mundo que mais recebe imigrantes, possuem o maior número de pesquisas sobre o

fenômeno migratório internacional. No entanto, a natureza da pesquisa revela quantas oportunidades têm sido dadas aos migrantes para relatar suas experiências subjetivas de recepção e de vivências no novo país.

É interessante notar que os Estados Unidos têm aumentado o número de pesquisas qualitativas sobre os (i)migrantes. Neste tipo de pesquisa, geralmente são realizadas entrevistas e são criados grupos focais para discussão e posterior análise do discurso dos (i)migrantes. A pesquisa qualitativa tem como objetivo abrir mais espaços para a análise do discurso da amostra pesquisada, ou seja, do (i)migrante. Em pesquisas quantitativas, em geral, a fala dos (i)migrantes não é apresentada, mas a interpretação dos dados que o pesquisador apresenta, ou seja, é o pesquisador quem fala.

Os resultados também indicam a crescente preocupação em estabelecer relações entre o processo migratório e a saúde do (i)migrante e, principalmente, sua saúde mental. Estudos sobre depressão em (i)migrantes revelam o que parece ser a doença prevalente nesse grupo. No entanto, também existem estudos sobre a migração relacionamento e outras doenças como obesidade, uso de tabaco e álcool, bem como outros aspectos da saúde como menarca em pré-adolescente, estilo de vida sedentário e qualidade de vida idosos, entre outros tópicos.

A relevância deste trabalho, portanto, se justifica pelo fato de ainda serem poucos os estudos que relacionam a migração e o trabalho como forma de garantir o bem-estar e a saúde. Estudos que mostram o trabalho como fator de inclusão social, mas ainda de forma estigmatizada e segmentada. É necessário realizar novas pesquisas para avaliar melhor o trabalho do (i)migrante e como estabelecer estratégias de defesa coletivas e individuais capazes de levar à sua emancipação.

Finalmente, os (i)migrantes brasileiros em Massachusetts receberam atenção especial tendo em vista o interesse do pesquisador para levantar dados que possam fundamentar o trabalho que está sendo desenvolvido e a existência de uma comunidade já estabelecida naquela região dos Estados Unidos e que tem sido objeto de atenção de pesquisadores nos últimos anos. O número de artigos publicados buscando analisar a saúde mental desse segmento chama a atenção. É provável que a maioria das pessoas nesta comunidade de brasileiros, pelo fato de estar ilegalmente nos Estados Unidos, desenvolve mais vulnerabilidade e podem estar mais suscetível a desenvolver doenças que surgem como resultado desta condição. A análise bibliométrica indica essa tendência e sugere que mais estudos e pesquisas sejam realizados com esse grupo de (i)migrantes.

Este trabalho conforme o viés do pesquisador recomenda que a pesquisa de natureza qualitativa é a que melhor busca compreender as experiências dos migrantes em relação ao seu contexto de trabalho e apontar para alternativas de ação para desenvolver estratégias de defesa que transformam

as condições de sofrimento patogênico em espaços de crescimento criativo e promoção de sua saúde.

As migrações e a saúde

A questão das migrações humanas tem sido uma preocupação cada vez mais constante para governos, órgãos multilaterais e sociedades em todo mundo. Na atualidade, está associada às questões políticas, econômicas, de segurança e de relações internacionais que afetam tanto os países de onde partem os que emigram, como os países que recebem os imigrantes.

As motivações que envolvem os processos migratórios também são as mais diversas e envolvem razões econômicas ou por busca de emprego, guerras e conflitos armados, epidemias, perseguições religiosas e étnicas, catástrofes naturais, dentre outras. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2017), no mundo globalizado de hoje, a migração por causa de trabalho está crescendo de forma avassaladora. As dificuldades econômicas e as crises geopolíticas têm levado à falta de trabalho descente e resultado no crescimento de diversos movimentos migratórios.

Há no mundo hoje cerca de 150 milhões de trabalhadores imigrantes que fazem diferença significativa e contribuem para economia e para o desenvolvimento social e cultural dos países que os recebem e para as suas comunidades de origem. Este processo faz com que pessoas e grupos mudem de local de moradia dentro de um mesmo território ou para outro território cuja distância pode ser extremamente variável.

Esta experiência migratória é um momento de perdas, rupturas e mudanças e o (i)migrante pode vivenciar este momento de forma traumatizante ou harmoniosa, a depender, dentre outros fatores, dos recursos psicológicos e sociais que utilizar como mediadores desta nova situação de vida, bem como, as características sociais da sociedade que recebe o imigrante e se torna dominante nesta nova relação e as condições de acolhimento que o imigrante tem que lidar neste novo cenário, conforme aponta Ramos (2009). O processo migratório não é um simples encontro cultural ou mudança geográfica.

Os (i)migrantes são heterogêneos do ponto de vista socioeconômico. Em geral, têm baixos níveis de qualificação acadêmica e profissional e quando emigram para outro país buscam se inserir profissionalmente em setores onde é mais precária e instável a relação salarial, normalmente naqueles empregos onde é mais baixo nível de remuneração global. Grande parte deles enfrentam o peso da integração por estarem em situação irregular frente à legislação do país e vivem desprovidos de toda ou quase toda proteção social.

Esta vulnerabilidade atinge principalmente sua saúde e, particularmente, a saúde mental. Além disso, as condições sociais e habitacionais precárias em que passam a viver, o descolamento de suas raízes familiares e de seus laços culturais de origem e a falta de contato social no novo local, associado com as dificuldades que enfrentam com a compreensão e a fala do novo idioma levando a diversos choques culturais e de cumprimento das normas e leis, bem como, ainda, o seu desconhecimento dos serviços existentes e dos direitos normalmente são criados para proteção, acolhimento e inserção.

Soma-se as atitudes de discriminação e de preconceito praticados por grupos ou setores locais o que os levam a fugir de uma vida coletiva de integração social. Tudo isto produz uma situação de exclusão em diversos níveis o que faz aumentar ainda mais as dificuldades a enfrentar, o sentimento de vulnerabilidade, o estresse físico e psicológico, e por fim, a depressão. (Ramos, 2009)

Sobre esta capacidade humana para lidar com o sofrimento físico e mental, em destaque para o imigrante, Coutinho & Oliveira (2010) apontam para o fato que há neste grupo social uma habilidade para identificar e desenvolver estratégias para lidar com ele nas suas diversas formas. Essas estratégias serão analisadas de forma mais detalhada no próximo tópico à luz da psicodinâmica do trabalho.

Portanto, o (i)migrante além de sofrer na sua vida intrapessoal e nas suas relações interpessoais, também sofre como membro de um grupo minoritário que é humilhado, explorado ou discriminado por outro grupo majoritário. É o grupo que é invadido pela angústia e se sente ameaçado de desintegração. Esta ameaça de desintegração se dá de forma intragrupal e nas relações intergrupais.

As angústias coletivas são um conjunto de sintomas de perturbações psíquicas. Os grupos de (i)migrantes geralmente desconhecem esses sintomas. Os sintomas são: níveis muito baixos de tolerância à frustração e índices de vulnerabilidade às situações de ansiedade. Se os estados de angústia se prolongam, então o grupo de (i)migrantes passa a ter mais dificuldade de desenvolver comportamentos adaptativos. O grupo de (i)migrantes passa a ter uma autoimagem prejudicada e também a ter prejudicada a imagem que faz de outros grupos, tornando-se seletivas, ambivalentes ou até mesmo delirantes. Quando chega a este momento, o grupo de (i)migrantes perde a objetividade na sua percepção em relação a si mesmo e em relação aos outros grupos.

Como parte de uma minoria, os (i)migrantes têm maior propensão para adquirir os fatores estressantes do cotidiano. Tais fatores produzem nos grupos de (i)migrantes mudanças de diversos tipos: psicológicas, físicas, biológicas, sociais, culturais, familiares e políticas. O efeito perverso desta condição é o estresse psicológico e social tornando o grupo de (i)migrantes ainda mais vulnerável e com maiores dificuldades para adaptação cultural (Coutinho, Franken & Ramos, 2008).

Há estudos que apontam para esta condição de vulnerabilidade e de dificuldades de adaptação cultural do imigrante (Anderson, 1995; Doyle 1991, Narang & Murphy, 1994; Reijeneveld, 1998; Ramos, 1993). Além disso, segundo Ramos (2006, p. 342) “os imigrantes enfrentam, igualmente, mais limitações a serviços e bens que promovem a saúde e previnem a doença, apresentando mais dificuldades de acesso aos serviços, nomeadamente, de saúde”.

Finalmente, esses mesmos imigrantes tem o poder de trazer para si patologias mais graves em função das dificuldades que encontram para diagnosticá-las e para tratá-las graças às condições de dificuldade econômica, à barreira do idioma e da carência de documentos que permitem o acesso aos serviços de saúde gratuitos e igualmente ao medo de exposição de sua condição de clandestinidade e de sofrer discriminação, o que torna mais graves a sua dificuldade para resolver esta questão (Lazarus et al, 1995).

Pode-se dizer que o imigrante é aquela pessoa que, em muitos casos, experimenta vivências de exclusão física, social, econômica e psicológica em relação ao país em que se estabelece. Isto ocorre mesmo em situações onde o acolhimento ao imigrante ocorre em conformidade com as leis do País.

Para Wanderley (2001), utilizando a perspectiva discursiva da Psicologia Social, a exclusão se torna um fenômeno multidimensional que superpõe um leque amplo de trajetórias de desvinculação pelas quais passa o (i)migrante. Obviamente, o conceito de exclusão não pode ser associado apenas com a perspectiva econômica. Esta é uma abordagem importante, mas não é a única. Ela trata da exclusão como sinônimo de pobreza ou escassez de recursos.

Porém, exclusão é mais que isso e alcança a ideia de injustiça social. Ela se refere aos valores e conhecimentos de uma determinada sociedade. A exclusão vai além da ideia de exclusão física, geográfica ou material. Pode-se dizer que há os excluídos culturalmente. No caso do imigrante, ela é resultado do processo de transmutação e injustiça social.

Em suma, pode se dizer que quando as pessoas se tornam (i)migrantes em um outro e novo País, eles são, na maioria dos casos, submetidos a uma mudança na estrutura social, e mesmo que mantenham a igualdade econômica, o que é raro no momento de chegada, ficam à parte em relação ao grupo majoritário formado pela sociedade nativa. Esta marginalização os impede de fazer parte da estrutura produtiva ou cultural do País e logo são submetidos, conforme aponta Wancquant (1997) a uma homogeneização provocada ou forçada pelas políticas públicas existentes e pela ideologia nacional.

Sawaia (2001) vai além da ideia de exclusão. Há na verdade uma “dialética exclusão/inclusão”. Este conceito apresenta a ética e a subjetividade quando se observa o fenômeno sociológico da desigualdade. O (i)migrante é muito mais que um número, que um registro na estatística nos órgãos

de acolhimento, ou para os órgãos de repressão. Ele é sujeito histórico, que carrega consigo sua subjetividade e vivencia uma grande expectativa de encontrar acolhimento e sucesso, como também acumula experiências de rejeição e de discriminação, que resulta em sofrimento.

Assim, mesmo que o imigrante por meio do Estado, ou sem ele, adquira empregabilidade, renda, moradia, educação e saúde, ele também experimenta as vivências de descompromisso político com as causas de seu sofrimento. Ao se fazer uma análise psicológica do (i)migrante, fica evidente que a sua inclusão social se dá às custas de uma renúncia à sua subjetividade, a um processo de culpabilização individual para manutenção da ordem social.

Enfim, há um processo psicológico de coação social do (i)migrante para que ele se inclua socialmente e, assim, desfaça a ideia de que existe desigualdade. O (i)migrante é incluído não pela aceitação de suas subjetividades, mas pela coação social que se dá pela culpabilização individual de sua própria exclusão. Ele, então, vive sentimentos dialéticos opostos, qual sejam, o de sentir-se incluído socialmente até o de sentir-se discriminado e, conseqüentemente, revoltado. Isto afeta suas relações interpessoais e sociais, na formação de sua identidade e na sua afetividade.

Os imigrantes brasileiros no mundo e nos Estados Unidos

Margolis (1994) estudou o caso dos imigrantes brasileiros vindos da cidade e região de Governador Valadares e que foram para os Estados Unidos. Relacionando imigração e saúde mental.

Cardemil e cols (2014) estudaram as populações de porto-riquenhos, de latinos e de brasileiros que vivem no Estado de Massachusetts, nos EUA.

Holmes & Marcelli (2014) estudaram a coesão social em nível de vizinhança e o tabagismo entre imigrantes brasileiros legalizados e não-legalizados que residem na região metropolitana de Boston, capital do Estado de Massachusetts.

Carlini e Cols. (2015) estudaram as barreiras linguísticas e culturais entre brasileiros que vivem nos Estados Unidos para o uso de álcool e cigarro. Siqueira e Cols. (2016) estudaram o perfil das trabalhadoras domésticas brasileiras em Massachusetts, dando destaque para as suas condições de trabalho e para as percepções delas a respeito do seu estado de saúde.

Anzman-Frasca e Cols. (2016) estudaram sintomas depressivos associados à obesidade entre mulheres imigrantes de três grupos étnicos: haitianas, latinas (El Salvador, Colômbia, Guatemala, República Dominicana e Honduras) e brasileiras que vivem na região metropolitana de Boston.

Jimenez e Cols. (2016) estudaram os benefícios percebidos de se engajar na mudança de comportamento de saúde do ponto de vista de latinos, incluindo brasileiros, obesos e com excesso de peso e com doença mental grave que vivem nos EUA.

Lazar-Neto, F., Louzada, A. C. S., Faé de Moura, R., Calixto, F. M. e Castro, M. C. (2017) também realizam um detalhado estudo cujo objetivo foi avaliar a frequência de sintomas depressivos e de correlatos de depressão entre imigrantes brasileiros que vivem em Massachusetts, onde está a segunda maior população de imigrantes brasileiros nos Estados Unidos.

Quem são os imigrantes brasileiros que vivem no Estado de Massachusetts nos Estados Unidos?

Em relação aos imigrantes brasileiros que vivem nos Estados Unidos da América há um padrão predominante de trabalho que contribui para elevar o grau de estresse psicológico e social. Em geral, os imigrantes brasileiros são pessoas de escolaridade fundamental ou média e trabalham de forma indocumentada, o que os destina para um tipo de trabalho normalmente rejeitado pelos trabalhadores nativos locais.

Boa parte dos brasileiros trabalham em serviços de limpeza doméstica ou de limpeza em empresas diversas, podendo ser públicas ou privadas. Estes empregos pagam as menores remunerações quando comparadas aos empregos documentados ou legais e exigem jornadas de trabalho extenuantes levando muitos trabalhadores à fadiga extrema e ao adoecimento. Enquanto trabalham enfrentam todo tipo de humilhação para poderem se manter no emprego e assim fazerem jus à remuneração, que para a maioria dos imigrantes é considerada satisfatória. Muitos imigrantes trabalham em mais de um local de trabalho, fazendo com que a jornada semanal de trabalho ultrapasse às permitidas pelas leis locais, podendo atingir a níveis superiores a sessenta horas semanais.

Segundo Siqueira e colaboradores (2016), a partir de dados obtidos pelo United States Census Bureau, no período de 2011 a 2013 havia no Estado de Massachusetts cerca de 33 mil mulheres (i)migrantes brasileiras. Estas mulheres (i)migrantes vivenciam diversos desafios nos âmbitos social, trabalhista e de saúde. A principal ocupação profissional delas é a de doméstica diarista (“housecleaners”, em inglês), um emprego informal, de vínculo empregatício instável, que, muitas vezes, causa impactos negativos na vida e saúde delas. Estudos prévios mostram que mais de 90% do trabalho doméstico são realizados por mulheres.

No caso das imigrantes brasileiras nos Estados Unidos, trata-se de ocupação atrativa, pois não exige formação específica, fluência em inglês e ainda garante retorno financeiro satisfatório. Os homens

aderem a este trabalho em menor proporção. Em geral, acompanham ou que participaram do estudo eram maridos que, atraídos pela remuneração da profissão, acompanhavam e trabalhavam junto às suas esposas ou parentes.

A Clínica Psicodinâmica do Trabalho como estratégia de intervenção na saúde dos (i)migrantes brasileiros em Massachusetts

A Psicodinâmica do Trabalho é uma abordagem teórico-metodológica cujas bases são a psicanálise e as ciências sociais (Fleury e Macêdo, 2015). Seu foco metodológico está na subjetividade que existe nas relações de trabalho e na análise aprofundada das vivências de prazer e sofrimento que os (i)migrantes brasileiros têm no trabalhar, na utilização que fazem de estratégias de defesa como enfrentamento ao sofrimento vivido e nos sentidos e significados que atribuem de forma implícita a esta relação.

Os (i)migrantes brasileiros em Massachusetts constituem um grupo específico de trabalhadores que se enquadram perfeitamente na análise metodológica da Psicodinâmica do Trabalho. Porém, é importante primeiramente destacar quais são as categorias de análise que a Psicodinâmica do Trabalho utiliza para estudar a relação de (i)migrante-trabalho.

A primeira categoria a ser destacada é a organização do trabalho. Dejours (1992) aponta que ela se caracteriza por um lado por sua rigidez, sendo um sistema que impõe um modo de trabalhar fixo e com restrições aos trabalhadores conforme proposto pela administração científica (modelo taylorista-fordista) e por outro lado pela riqueza do funcionamento psíquico do trabalhador com sua imaginação, criatividade e desejos inconscientes.

Fleury e Macedo (2015) apontam que a organização do trabalho possui dois elementos: a organização de trabalho propriamente dita que consiste na divisão de tarefas entre os trabalhadores e o modo de operação prescrito a ser utilizado conforme a repartição de responsabilidades, hierarquia, comandos e controles adotados e as relações de trabalho existentes com as chefias imediatas e superiores, com os demais membros da equipe de trabalho e com o público externo como clientes, fornecedores etc.

A segunda categoria de análise da Psicodinâmica do Trabalho é a mobilização subjetiva, que vem a ser o uso pelo trabalhador de sua inteligência no seu espaço de trabalho. Este uso depende da relação de que o trabalhador tem com a organização do trabalho no sentido contribuição-retribuição, o que pressupõe que há em maior ou menor grau um sistema de reconhecimento deste trabalhador pelos seus pares (julgamento de beleza) e pelos seus superiores (julgamento de utilidade) (Dejours, 2003).

Este processo de mobilização subjetiva não é algo que vem prescrito, mas é uma construção cognitiva/criativa do trabalhador que transforma o trabalho prescrito em trabalho real. Esta transformação é fundamental para que a organização do trabalho não se transforme em um espaço de construção de psicopatologias e reduz significativamente o uso pelo trabalhador de estratégias defensivas como meio de enfrentar a rigidez do trabalho prescrito.

Desta forma, mobilização subjetiva é um excelente exemplo de uso da sublimação e de transformação do sofrimento vivido pelo trabalhador frente aos desafios e impasses impostos pelo trabalho. É então um momento de uso de inteligência em uma situação de permanente confrontação. O conjunto de mobilizações subjetivas se dá em um ambiente de cooperação o que reforça as relações intersubjetivas de confiança entre os trabalhadores e destes com a organização do trabalho.

Esta relação sofrimento-defesas possui três elementos: a) sofrimento patogênico, que surge quando há ausência de flexibilidade da organização do trabalho para uso da mobilização subjetiva frente ao trabalho real; b) sofrimento criativo, que surge quando a organização do trabalho propicia liberdade para a mobilização subjetiva do trabalhador e, então, ele consegue transformar o trabalho real em algo benéfico; c) estratégias defensivas, que permitem ao trabalhador se adaptar frente as pressões que vive no trabalho e o livra de adoecer quando são eficazes (Fleury e Macêdo, 2015).

Os pressupostos da psicodinâmica do trabalho definidos por Dejours (2008) descrevem que o método indicado aos pesquisadores para conhecer os fatores que levam ao sofrimento patogênico no trabalho, bem como às estratégias de mobilização coletiva capazes de mitigar ou de reverter o sofrimento em prazer no trabalho (Fleury & Macedo, 2015; Lima & Costa, 2013).

Uma vez conhecidos os fatores que levam ao adoecimento pelo trabalho torna-se possível estabelecer as condições e ações que poderão ser implementadas de forma coletiva e individual visando a redução ou mesmo a eliminação destes casos entre os (i)migrantes brasileiros. Para isto se faz necessário estabelecer uma metodologia que se chama clínica psicodinâmica do trabalho, que será responsável pela construção do diagnóstico das etiologias de doenças entre os (i)migrantes brasileiros e pelas ações de prevenção e combate às doenças existentes, que passará a ser descrita em seguida:

O trabalho de intervenção se fará em três etapas. A primeira etapa se chamará de pré-pesquisa. A etapa de pré-pesquisa consistirá de análise da demanda a partir da reunião com um grupo organizado de (i)migrantes brasileiros que vivem e trabalham no Estado de Massachusetts.

A escolha desta região se deve ao fato de nela existirem vivendo e trabalhando um contingente de milhares de (i)migrantes brasileiros. Esta reunião será intermediada pela Associação de Brasileiros da Costa Sul (BAS), que tem como missão dar apoio e promover a integração dos (i)migrantes brasileiros

que vivem em Massachusetts. A BAS possui um prédio próprio no centro da cidade Fall River, na região sul de Massachusetts, e disponibilizou uma sala com refrigeração e confortáveis assentos, bem como de instalação de banheiros e de bebedouros para a comodidade de todos participantes da pesquisa.

Nesta reunião, o pesquisador apresentará os propósitos do estudo e suas consequências para os (i)migrantes e junto com eles elaborará uma proposta de trabalho para a realização da pesquisa de acordo com os interesses e necessidades destes e adequada ao contexto, conforme aponta Merlo (1999, apud Lima & Costa, 2013). Após a realização das reuniões de apresentação da pesquisa e de sensibilização dos participantes será distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os imigrantes brasileiros que se dispuserem a participar.

O número máximo de participantes será de 15 (quinze) pessoas. Todos os participantes deverão preencher um formulário que conterà os dados de identificação, bem como perguntas que visam conhecer o seu perfil epidemiológico, contendo o número de afastamentos do trabalho nos últimos 12 (doze) meses, a natureza do afastamento (código internacional da doença – CID) e a quantidade de dias que esteve afastado. Após seis meses e um ano da realização da pesquisa esses dados serão novamente verificados com o fim de verificar os possíveis impactos da pesquisa nestes indicadores.

A segunda etapa de pesquisa será subdividida em quatro fases: análise da demanda, análise do conteúdo ou análise do material pesquisado, observação clínica e interpretação (Fleury & Macedo, 2015; Lima & Costa, 2013). O objetivo desta etapa é fazer surgir um espaço coletivo de discussão sob a coordenação e mediação do pesquisador que leve os (i)migrantes brasileiros à compreensão e à elaboração de reflexões sobre o sofrimento que vivenciam em suas situações de trabalho. É um espaço de subjetividades e não uma análise objetiva e descritiva dos fatos. Deve haver uma outra psicóloga-supervisora para acompanhar o trabalho de escuta coletiva e posterior interpretação dos dados colhidos nas sessões coletivas.

No primeiro encontro será criado o contrato de sigilo sobre o conteúdo dos encontros que ocorrerão entre o pesquisador e os (i)migrantes. A critério do pesquisador estes encontros poderão ser gravados com o consentimento dos participantes. A duração de cada encontro terá duração média de uma hora e trinta minutos. Os demais encontros terão como temas de discussão aquilo que emergir do próprio grupo. O número de encontros irá variar de acordo com a demanda do grupo e das possibilidades institucionais de sua realização. Contudo, considera-se adequado um número mínimo de três encontros com periodicidade semanal. Em cada encontro haverá a redação de uma memória ou de uma ata

descritiva, a qual será lida na reunião seguinte para confirmação e retificação, se necessário, dos participantes.

Dejours (2008) aconselha que seja esta memória lida e comentada pelo próprio pesquisador acerca dos relatos de sofrimento dos trabalhadores. Estes relatos devem também ser interpretados pelo pesquisador. É justamente neste momento de compartilhamento das interpretações que se dá o processo de fala e escuta entre trabalhadores e pesquisador.

Cabe ao pesquisador exercer um papel de independência frente aos relatos apresentados com o fim de preservar o rigor científico e também exercer o papel de interlocutor com o fim de facilitar a escuta e a interpretação dos relatos de sofrimento. É fundamental que haja um ambiente de liberdade de circulação da palavra entre os participantes. Ao mesmo tempo, o pesquisador deve estar preparado para lidar com a frustração que poderá surgir durante os encontros (Fleury & Macedo, 2015).

Dejours (2008) sugere um mecanismo de controle externo o qual será exercido por meio da supervisão da professora-orientadora sobre o trabalho do pesquisador. Este trabalho servirá de estímulo para que seja feita uma análise reflexiva ainda mais aprofundada da experiência vivida e relatada pelo grupo durante os encontros.

O pesquisador após reunir a análise da demanda, a análise do material pesquisado nos encontros, e a observação clínica, pode se dedicar à interpretação dos conteúdos para construir uma narrativa dos elementos subjetivos que surgirão nos encontros e estabelecer um diálogo entre estes e os conceitos teóricos da psicodinâmica do trabalho, tais como: sofrimento patogênico, sofrimento criativo, prazer, inteligência prática e estratégias de defesa, tal como apontam Heloani & Lancman (2004).

Finalmente, a última etapa é a de validação, a qual deverá se dar em duas fases. Na primeira fase, a continuidade dos encontros, a presença dos trabalhadores imigrantes nestes encontros, seu envolvimento nos comentários, nas discussões e nos debates sobre as interpretações propostas pelo pesquisador cumprem o papel de validar a execução desta atividade pelas expressões de satisfação. Contudo, será ainda apresentado o relatório final, que consiste na segunda fase de validação, cabendo aos participantes a incumbência de aprová-lo.

O uso teórico e metodológico da pesquisa por outros pesquisadores dará à comunidade científica a oportunidade de refutação por meio da avaliação criteriosa. Tal momento será oportunizado quando da publicação dos resultados da pesquisa em artigos científicos e/ou quando da sua apresentação em encontros científicos para análise da comunidade acadêmica, científica e profissional.

Conclusão

O uso da metodologia clínica psicodinâmica do trabalho será possível constatar que a organização do trabalho dos (i)migrantes brasileiros pode ser subdividida em três momentos: a expectativa de emancipação e bem-estar pelo trabalho dos (i)migrantes em Massachusetts, a rotina diária de trabalho (i)migrantes brasileiros em Massachusetts e as dificuldades encontradas e a constatação que o sofrimento pelo trabalho existe e que pode levar ao adoecimento afetando principalmente a saúde mental.

A construção de um espaço de discussão coletiva e individual para a identificação e análise destes três momentos é de vital importância para a transformação do sofrimento patogênico em sofrimento criativo gerando as condições para lidar com as adversidades impostas pelo trabalho e promovendo saúde e bem-estar para os (i)migrantes brasileiros em Massachusetts.

Referências

Ahmad-Stout, Farah; Nath, Sanjay R.; Khoury, Nayla M. & Huang, Hsiang (2018). Experiences of Intimate Partner Violence: Findings From Interviews With South Asian Women in the United States. *Journal of Interpersonal Violence* 1–24 Reprints and permissions:

sagepub.com/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0886260517753850 journals.sagepub.com/home/jiv

Amezcu, Lilyana; Oksenberg, Jorge R & McCauley, Jacob L. (2017). MS in self-identified Hispanic/Latino individuals living in the US. *Multiple Sclerosis Journal Experimental, Translational and Clinical*. July-September, 1 – 12

DOI: 10.1177/ 2055217317725103

Anderson, N. (1995). Summary of task group recommendations. *Health Psychology*, 14(7), 649-653.

Anzman-Frasca, S., Economos, C. D., Tovar, A., Boulos, R., Sliwa, S., Gute, D. M., Pirie, A, and Aviva Must, A. (2016). Depressive symptoms and weight status among women recently immigrating to the US. *Matern Child Health J* . August ; 20(8):

1578–1585. doi:10.1007/s10995-016-1957-5.

Aroian, K. J., & Norris, A. E. (2003). Depression trajectories in relatively recent immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 420–427.

Aultman, Julie M. (2013) Abuses and Apologies: Irresponsible Conduct of Human Subjects Research in Latin America. *Journal of law, medicine & ethics. Global health and the law*, spring.

Bahouth, Hany; Shlaifer, Amir; Yitzhak, Avraham & Glassberg, Elon (2017). Helping hands across a war-torn border: the Israeli medical effort treating casualties of the Syrian Civil War. *Lancet*; Vol 389: 2579–83. www.thelancet.com. June 24, 2017.

Bianchi, Fernanda T.; Reisen, Carol A.; Gonzales, Felisa A.; Arroyo, Juan C.; Zea, Maria Cecilia & Poppe, Paul J. (2013). Sex with Sex Workers among Latino Day Laborers in Suburban Maryland. *Arch Sex Behav* 42: 835–849 DOI 10.1007/s10508-012-0010-z

Carlini, Beatriz H.; Safioti, Luciana; Rue, Tessa C. & Miles, Lyndsay (2015). Using Internet to Recruit Immigrants with Language and Culture Barriers for Tobacco and Alcohol Use Screening: A Study Among Brazilians. *J Immigrant Minority Health*, 17:553–560. DOI 10.1007/s10903-013-9934-1

Castaldo, Miriam; Marrone, Rosalia; Costanzo, Gianfranco & Mirisola, Concetta (2015). Clinical Practice and Knowledge in Caring: Breastfeeding Ties and the Impact on the Health of Latin-American Minor Migrants. *J Immigrant Minority Health* Vol.17:1476–1480 DOI 10.1007/s10903-014-0085-9

Cooper, C., & Yarbrough, S. (2016). Asian-Indian Female International Students: A Photovoice Study of Health and Adaptation to the Immigration Experience. *The Qualitative Report*, 21(6), 1035-1051.

Retrieved from: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol21/iss6/3>

Connell, John & Margaret Walton-Roberts, Margaret (2016). What about the workers? The missing geographies of health care. *Progress in Human Geography*, Vol. 40(2) 158–176

Cuellar, I., Bastida, E., & Braccio, S. M. (2004). Residency in the United States, subjective well-being, and depression in an older Mexican-origin sample. *Journal of Aging and Health*, 16, 447–466.

Datta, Kavita (2014). Migrants and Their Money: Surviving Financial Exclusion. *Work, employment and Society*, Vol. 28(3) 501–510 Reprints and permissions: sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0950017014526447

Dejours, C. (1987). *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez.

Dejours, C. (2003). A avaliação do trabalho submetida à prova do real: críticas aos fundamentos da avaliação. *Cadernos de TTO*, No. 2.

Dias, João Carlos Pinto (2013). Human Chagas Disease and Migration in the Context of Globalization: Some Particular Aspects. *Journal of Tropical Medicine*. Volume 2013, Article ID 789758, 9 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/789758>. Acesso em 12 de maio de 2018.

Elder, John P.; Ayala, Guadalupe X.; Arredondo, Elva M.; Talavera, Gregory A.; McKenzie, Thomas L.; Hoffman, Lisa; Cuestas, Lisa; Molina, Marisa & Patrick, Kevin (2013). Community Health Partnerships for Chronic Disease Prevention Among Latinos: The San Diego Prevention Research Center. *J Primary Prevent* 34:17–29 DOI 10.1007/s10935-013-0292-5

Graupner, Hard & Sinico, Sean (2009). Spotlight Berlin: Illegal Immigrants and the Health Care Dilemma. <http://www.dw.com/en/spotlight-berlin-illegal-immigrants-and-the-health-care-dilemma/a-4056861>. Acesso em 11 de junho de 2018.

Hawkey, A. J., Ussher, J. M., Janette, P. e Metusel, C. (2017). Experiences and Constructions of Menarche and Menstruation Among Migrant and Refugee Women. *Qualitative Health Research* 2017, Vol. 27(10) 1473 –1490. DOI: 10.1177/1049732316672639 journals.sagepub.com/home/qhr.

Holmes, Louisa M. & Marcelli, Enrico A. (2014). Neighborhood Social Cohesion and Smoking among Legal and Unauthorized Brazilian Migrants in Metropolitan Boston. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 91, No. 6 doi:10.1007/s11524-014-9912-5.

Iyengar, Shanto; Jackman, Simon; Messing, Solomon; Valentino, Nicholas; Aalberg, Toril; Duch, Raymond; Hahn, Kyu S.; Soroka, Stuart; Harell, Allison & Kobayashi, Tetsuro (2013). Do attitudes About immigration predict Willingness to admit individual immigrants? A Cross-national test of the person-Positivity bias. *Public Opinion Quarterly*, vol. 77, No. 3, fall, pp. 641–665

Jiang, X. (2014). Chinese Biology Teaching Assistants' Perception of their English Proficiency: An Exploratory Case Study. *The Qualitative Report*, 19(21), 1-24. Retrieved from: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol19/iss21/2>. Acesso em 17 de abril de 2018.

- Jimenez, Daniel E.; Burrows, Kimberly; Aschbrenner, Kelly; Barre, Laura K.; Pratt, Sarah I.; Alegría, Margarita & Bartels, Stephen J. (2016). Health behavior change benefits: Perspectives of Latinos with serious mental illness. *Transcultural Psychiatry*, Vol. 53(3) 313–329 Reprints and permissions: sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/1363461516632388 tps.sagepub.com
- Lam, K. K. F. e Johnston, J. M. (2015). Depression and health-seeking behaviour among migrant workers in Shenzhen. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 61(4) 350 –357.
- Lazar-Neto, F., Louzada, A. C. S., Faé de Moura, R., Calixto, F. M. e Castro, M. C. (2017) Depression and Its Correlates Among Brazilian Immigrants in Massachusetts, USA. *J Immigrant Minority Health* DOI 10.1007/s10903-017-0632-2.
- Lazarus. A. et al. (1995). Une souffrance qu'on ne peut plus cacher: rapport du groupe de travail «ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale». Paris: Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Em <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/954050300.pdf>. Acesso em 8 de outubro de 2017.
- Lindsay, Ana Cristina; Greaney, Mary L.; Wallington, Sherrie F.; Wright, Julie A. & Hunt, Anne T. (2017). Depressive Symptoms and Length of U.S. Residency Are Associated with Obesity among Low-Income Latina Mothers: A Cross-Sectional Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14, 869; doi:10.3390/ijerph14080869 www.mdpi.com/journal/ijerph
- Lopes, Silvia et al (2012). A Bibliometria e a Avaliação da Produção Científica: indicadores e ferramentas. Actas: Congresso Nacional de Bibliotecários, Arquivistas e Documentalistas. No. 11. In: <https://www.bad.pt/publicacoes/index.php/congressosbad/article/view/429>. Acesso em 7 de dezembro de 2018.
- Margolis, M (1994) *Little Brazil: An Ethnography of Brazilian Immigrants in New York City*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Mello, A.L.S.F.; Moysés, S.T. & Moysés, S.J. (2010). A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*. v.14, n.34, p.683-92, jul./set.
- Moysés, S.J., Moysés, S.T. & Krempel, M.C. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Cienc. Saude Colet.*, v.9, n.3, p.627-41.

Muñoz-Laboy, Miguel & Severson, Nicolette (2018). Exploring the Roles of Race, Ethnicity, Nationality, and Skin Color in the Sexual Partner Choices of Bisexual Latino Men. *Arch Sex Behav* 47:1231–1239 <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1043-0>

Refugee and Immigrant Women. *Health Education & Behavior*, Vol. 42(6) 814 –823 © 2015 Society for Public Health Education Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/1090198115590779 heb.sagepub.com

Oliveira, E. M. e Santos, L. G. C. (2015). A Política de Acolhimento aos Imigrantes no Brasil. 39º Encontro Anual da ANPOCS – GT29 - POLÍTICA INTERNACIONAL.

Panikkar, Bindu; Woodin, Mark A.; Brugge, Doug; Desmarais, Anne Marie; Hyatt, Raymond; Community Partners of the Somerville; Community Immigrant Worker Project & David M. Gute, David M. (2013). Occupational Health Outcomes Among Self-Identified Immigrant Workers Living and Working in Somerville, Massachusetts 2006–2009. *J Immigrant Minority Health* 15:882–889 DOI 10.1007/s10903-012-9702-7

Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, estresse e saúde. *Perspectivas de investigação e de intervenção. Psychology*, 41, 329-350.

Renert, H., Russell-Mayhew, S., & Arthur, N. (2013). Recruiting Ethnically Diverse Participants into Qualitative Health Research: Lessons Learned. *The Qualitative Report*, 18(12), 1-13. Retrieved from <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol18/iss12/1>

Rohland, Hans von & International Labour Organization (2017). Migration should be a choice. In: *World of Work Magazine*. ILO. Especial Issue. Geneva, Switzerland.

Rosenthal, Talma (2014). The effect of migration on hypertension and other cardiovascular risk factors: a review. *Journal of the American Society of Hypertension* 8(3) 171–191.

Sanon, Marie-Anne; Spigner, Clarence & McCullagh, Marjorie C. (2016). Transnationalism and Hypertension: Self-Management Among Haitian Immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 27(2) 147 –156 DOI: 10.1177/1043659614543476 tcn.sagepub.com

Sawaia, Bader (2001). *As artimanhas da exclusão*. Petropolis: Vozes.

Sánchez, Mónica; Cardemil, Esteban; Adams, Sara Trillo; Calista, Joanne L.; Connell, Joy; DePalo, Alexandra; Ferreira, Juliana; Gould, Diane; Handler, Jeffrey S.; Kaminow, Paula; Melo, Tatiana; Parks, Allison; Rice, Eric & Rivera, Ismael (2014). *Brave New World: Mental Health*

Experiences of Puerto Ricans, Immigrant Latinos, and Brazilians in Massachusetts. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, Vol. 20, No. 1, 16–26

Schwingel, Andriara; Gálvez, Patricia; Linares, Deborah & Sebastião, Emerson (2017). Using a Mixed-Methods RE-AIM Framework to Evaluate Community Health Programs for Older Latinas. *Journal of Aging and Health*, Vol. 29(4) 551 –593 DOI: 10.1177/0898264316641075 journals.sagepub.com/home/jah

Sícoli, J.L. & Nascimento, P.R.D. (2003) Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v.7, n.12, p.101-22.

Siqueira, C. E., Soares, G. B., De Araújo Neto, P. L. e Tracy, M. N. (2016). Documents make a difference: the case of Brazilian domestic workers in Massachusetts, USA. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(7):e00131115, jul. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00131115>

Torelly, Marcelo (2017). Política de refúgio do Brasil consolidada. Brasília: Organização Internacional para as Migrações, Agência das Nações Unidas Para as Migrações. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD.

Torelly, Marcelo (2017). Visões do Contexto Migratório no Brasil. Brasília: Organização Internacional para as Migrações, Agência das Nações Unidas Para as Migrações. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD.

Tutu, Raymond Asare; Boateng, John Kwame; Busingye, Janice Desire & Ameyaw, Edmund (2017). Asymmetry in an uneven place: migrants' lifestyles, social capital, and self-rated health status in James Town, Accra. *GeoJournal* 82:907–921 DOI 10.1007/s10708-016-9723-1

United States Census Bureau (2018). Report 2007. In: <https://www.census.gov/topics/population/migration.html>. Acesso em 23 de agosto de 2018.

Villa-Torres, Laura; González-Vázquez, Tonatiuh; Fleming, Paul J.; González-González, Edgar Leonel; Infante-Xibille, César; Chavez, Rebecca & Barrington, Clare (2017). Transnationalism and health: A Systematic Literature Review on the use of transnationalism in the study of the health practices and behaviors of migrants. *Social Science & Medicine* 183 (2017) 70 e 79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.048> 0277-9536/.

Vissak, Tiia & Zhang, Xiaotian (2014). Chinese immigrant entrepreneurs' involvement in internationalization and innovation: Three Canadian cases. *J Int Entrep* 12:183–201 DOI 10.1007/s10843-014-0128-2

Vissandjée, Bilkis, Short, Wendy E. & Bate, Karine (2017). Health and legal literacy for migrants: twinned strands woven in the cloth of social justice and the human right to health care. *BMC International Health and Human Rights*. 17:10 DOI 10.1186/s12914-017-0117-3

Wancquant, Loic J. D. (1997). Da América como Utopia às Avestas. In. *As Misérias do Mundo*. Bourdieu, Pierre (org.). 3. ed. Petrópolis: Vozes.

Wanderley, Mariangela Belfiore (2001). Refletindo sobre a Noção de Exclusão. In. *As Armadilhas da exclusão*. Sawaia, Bader (org.) *Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 2. ed. Petrópolis: Vozes.

World of work (2015). Special Edition. International of Work Organization. Geneva, Switzerland. Lam, K. K. F. e Johnston, J. M.



Publica: Ciencia y Técnica Administrativa

<http://www.cyta.com.ar>

correo:cyta@cyta.com.ar

San Justo, Buenos Aires. Argentina

Junio de 2019

ISBN: 978-987-86-1261-4