

Acontecimiento: una filosofía al servicio de la discapacidad

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Otro

Autora: María Soledad Velazco

C.I: 4.118.660-5

Tutora: Prof. Dra. María José Bagnato

Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología

Febrero, 2017

Índice

Encontrando-nos.....	3
Crece desde el pie.....	5
Notas que implican.....	6
Reglas de juego.....	7
Desde el prisma de la Psicología de la Salud.....	9
No sólo ACV.....	10
Sosteniendo la discapacidad.....	12
Discapacidad como Acontecimiento.....	18
Rehabilitándo-nos.....	21
Cuerpo como escenario.....	25
Relato.....	27
Sin más.....	29
Bibliografía.....	30

“...quien tiene un para qué vivir,
es capaz de soportar casi cualquier cómo”.

Nietzsche

Encontrando-nos

Este Trabajo Final de Grado surge a partir de la conjunción de un *pasado* y un *futuro* envueltos en un devenir constante de experiencias significativas, que *adquieran sentido en quien las quiere atender*.

Este querer atender es singular y si bien el carácter de la intencionalidad puede ser discutido, es el encuentro el que posibilita las múltiples formas e intensidades que potenciarán en más o en menos la posibilidad de dicho querer.

Pero ¿querer qué? Dice el filósofo francés Deleuze: *el acontecimiento*.

En tal sentido decimos que el encuentro no es nada sin mí, sin que yo de él “prehenda la mejor combinación de composites” (Deleuze, 1989, p.102).

Él es pasado y futuro. Actualización de resonancias múltiples encarnadas en la singularidad de un cuerpo afectivizado, en el devenir de una constante resignificación de experiencias incorpóreas.

Las resonancias de una multiplicidad de historias incorpóreas son encarnadas en la singularidad de este, mi cuerpo afectivizado a partir de algunos encuentros con familiares y pacientes con secuelas discapacitantes físicas pos ACV en el Servicio de Rehabilitación Física y Medicina Familiar en el Centro de Salud Dr. Antonio Giordano, durante el período de Practicantado 2015-2016; pero también por el actual encuentro diario que mantengo con una familia en el marco del Sistema Nacional de Cuidados en calidad de Asistente Personal, asistiendo particularmente a una mujer joven con diagnóstico de hemiparecia espástica derecha a raíz de una parálisis cerebral. Experiencia esta última que me invita a una permanente reflexión acerca de las tensiones dilemáticas que se juegan en torno al rol de ésta figura, sobre la discapacidad y sobre los efectos que se generan cuando la rehabilitación

en tanto estrategia de intervención recae en un sólo cuerpo del sistema familiar. La mención de dichas experiencias no tiene otra intención que contextualizar los escenarios que posibilitaron la reflexión de la temática planteada, por lo que no se ve la necesidad de aludir a situaciones concretas de las personas involucradas.

Lo que aquí querrá ser atendido es el sentido del trabajo con familias que deben de adaptarse a la discapacidad física de un ser querido; la reflexión de algunos factores psicológicos que se suscitan en relación a tal situación; y en la medida de las posibilidades propuestas en cada encuentro, intentar una posible transformación de las condiciones objetivas y subjetivas en pos de una producción novedosa y creativa de aquello que se nos presenta como imposible.

En tal sentido, se entiende que la perspectiva de la Psicología de la Salud (como rama de la Psicología) enlazada con algunos conceptos que hacen a la noción de acontecimiento desarrollado por Gilles Deleuze, serán pilares importantes para el desarrollo de este trabajo, del cual se espera, pueda dejar más que respuestas acabadas, interrogantes útiles que permitan visualizar la necesidad de superar la dimensión visible de la discapacidad, es decir, reflexionar sobre el reverso de la posesión de un *cuerpo discapacitado* a partir de la incorporación de algunos elementos y conceptos que nos brindan la metapsicología y la filosofía.

Al mismo tiempo se intentará interpelar el rol del psicólogo en dicho proceso, incorporando la dimensión de la Psicología de la Salud sustentado desde la práctica realizada por quien escribe.

La propuesta, encarnar la herida; no desde un *hábitus* encarnado desde la organización en el campo de la salud centrando a la discapacidad como una situación de dominación (lo cual no implica desconocer, ni negar dicha situación) sino hacer foco en las afectaciones que producen dichos efectos. Es decir en las posibilidades de producción de subjetividad.

Crece desde el pie

La experiencia pasada transcurrió en el período 2015-2016 en el marco del Programa de Practicantado y Residentado de la Facultad de Psicología en convenio con ASSE. La inserción dentro del mismo fue como Practicante de Psicología en el Servicio de Rehabilitación Física y Medicina Familiar en el Centro de Salud Dr. Antonio Giordano, ubicado en el Cerrito de la Victoria.

Varias fueron las tareas desarrolladas en este tiempo y mucho fue lo aprehendido, muchas fueron las gratificaciones y varios los desafíos tanto a nivel grupal como personal.

Desde hace aproximadamente tres años, este servicio de rehabilitación cuenta con un equipo interdisciplinario, el cual nuclea a profesionales de distintas áreas de la salud: Fisioterapia, Fisiatría, Trabajo Social, Medicina Familiar, Enfermería y Psicología.

El objetivo pinceps de este equipo es abordar a sus pacientes desde una lógica interdisciplinaria.

En tal sentido, Canetti y Da Luz (2005) citado en Gandolfi y Cortazar (s.f) afirman que:

El aspecto esencial de la interdisciplina radica en la posibilidad de superar la separación entre las disciplinas, evitando la visión fragmentada, la toma de decisiones unilaterales y/o la duplicidad de funciones. El trabajo se asume, no de acuerdo a la función de cada especialista, sino atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población (p.3).

Este centro trabaja principalmente con pacientes afectados por Accidentes Cerebro Vasculares, Amputados y Traumatismos Encéfalo Craneanos, aunque éstos últimos se atienden mayoritariamente en el Hospital de Clínicas.

Cuando los pacientes ingresan al servicio de salud el primer encuentro que se

establece es el que se denomina entrevista de equipo; en donde éstos son recibidos en una consulta multidisciplinaria a partir de la cual se indaga sobre diferentes áreas de la vida del paciente.

Posteriormente, cuando el paciente comienza el proceso de rehabilitación se hacen necesarias reuniones quincenales en donde se dialoga sobre la situación de cada uno de ellos: sus logros, evoluciones, dificultades en torno al proceso mismo, situaciones familiares; pero también sobre aquellos aspectos que sólo se pueden observar en el encuentro cuerpo a cuerpo, a partir de una escucha activa pero también flotante, empatía y calidés humana.

Las bases estratégicas para la intervención se sientan en la concepción de que los pacientes que llegan no son meros cuerpos individuales, sino sistemas vinculares socio-familiares; sistemas en los que la afectación empírica de ese cuerpo doliente repercute y hace carne en los otros elementos de dicho sistema.

Notas que implican

La complejidad de trabajar con un paciente neurológico -como mal se les suele llamar, porque ¿qué ser humano no es neurológico?- no solo refiere a los niveles conceptuales de un determinado constructo disciplinar, ni a los vínculos interpersonales cargados de afectos a los que puede referir el paciente, sino también al escenario donde se intenta llevar a cabo dicha tarea, por lo que no se puede escapar a la dimensión institucional.

Muchas veces se me hace difícil comprender y tolerar la frustración que me produce la inoperancia de las lógicas institucionales de la RAP-ASSE, las cuales en ocasiones atentan contra los procesos de rehabilitación de los usuarios de este servicio (entre otros).

No se desarrollará este punto, mas sí es necesario tenerlo presente.

Una de las primeras cosas en las que pensé cuando comencé a tener contacto con pacientes con este tipo de problemáticas fue: *“no voy a poder hacer esto”*.

No sólo fue (y aún sigue siéndolo y espero no perder nunca esa capacidad de emoción) el encuentro directo con las limitaciones, parálisis, desarmonizaciones corporales y enlentecimientos en los procesos mentales concomitantes a la intempestividad de la afectación neurológica, la cual interfiere entre la comunicación de la mente y el cuerpo, lo que me agobió al punto de cuestionar mi propia aptitud en lo que respecta a mi quehacer profesional; sino que fue por sobre todo, el registro de la emoción -y por qué no, la angustia- que me provocaba el encuentro con el relato de quienes llegaban acompañando a estos pacientes.

Muchas fueron y siguen siendo las interrogantes que me acompañaron en este proceso, algunas han logrado mutar, transformarse y cobrar sentido aún hoy, en un escenario completamente novedoso, el de Asistente Personal.

El trabajo como Asistente Personal es vivenciado como solitario, aquí no hay equipo, no hay sostén.

No hay faro, parece difícil vislumbrar un horizonte posible; la brújula no deja de girar, de señalar destinos posibles. Pero tal vez éste no sea el mayor problema, tal vez la elección de uno de esos destino sea posible, pero ¿cómo llegar a él? He aquí el verdadero dilema de esta situación.

Reglas de juego

Este cuerpo doliente debe de ser concebido como un todo integral, donde la unidad de estudio no sea otra que el ser bio-psico-social en situación, no pudiendo existir un *texto sin contexto*.

Bernardi (1994) afirma:

La interrelación entre los conocimientos psicológicos y los conocimientos médicos se da de un modo particular en cada relación histórica (...) de lo que se trata es de establecer cuáles son los conocimientos psicosociales que la medicina necesita y cuáles son las condiciones que facilitan su desarrollo (p.7).

El trabajo con estos pacientes nos pone en jaque si nuestra estrategia como profesionales de la salud es aferrarnos a la aparente seguridad del *ismo* que nos ha disciplinado, el cual tenemos el tupé de forzar a ultranza cuando se trata de comprender la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-muerte inherentes a la vida humana.

Defey (1994) sostiene:

La disociación mente-cuerpo que tradicionalmente hemos reprochado a los médicos desde la Psicología se percibe ahora como flagrantemente presente al enfrentarse al trabajo con un paciente que trae su cuerpo no sólo como transporte de su mente enferma o como un conjunto de representaciones, sino como objeto de preocupación fundamental en tanto cuerpo real y lo ofrece como material de observación para nuestro abordaje (p.45).

Esa *particular relación histórica* se nos impone desde un cuerpo que frente al nuestro sufre.

Es una historia viva, inconexa, la cual debemos intentar conocer no sólo por la semiología evidente, sino también, por el relato y la observación de los diferentes involucrados en dicha trama histórica.

Sin embargo, el encuentro está mediado por un determinado paradigma que condiciona nuestra concepción de sujeto, de salud, de abordaje asistencial, etc, y por sobre todo por nuestro quehacer práctico.

Él configura el cómo será lo que se hará.

Si bien el paradigma de sujeto, así como el de atención en salud al cual hoy asistimos a mutado a lo largo de la historia, muchos de los cambios deseados (o propuestos) no han podido atravesar las hojas de papel en las que adquieren un cuerpo teórico para calar por fin nuestras prácticas profesionales.

Por lo que es pertinente preguntarnos: ¿Desde dónde nuestro sistema de salud concibe ese cuerpo que viene a rehabilitarse? ¿Cómo interviene el psicólogo en esa re-habilitación? ¿Para qué? ¿Desde dónde?

Desde el prisma de la Psicología de la Salud

La perspectiva de la Psicología de la Salud se nutre de aportes de la Psicología Clínica, del Psicoanálisis, de la Psicología Comunitaria, la Psicósomática, la Psicología Médica y la Psicología Conductual. Estos aportes no hacen más que reforzar la concepción de un sujeto bio-psico-social, así como enriquecer el bagaje teórico desde el cual intentamos sostener nuestras prácticas.

Se propone estudiar:

aquellos procesos de carácter psíquico que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la situación de la enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención a los enfermos y personas con secuelas, y para la educación de los servicios de salud a las necesidades de los que las reciben. (Calatayud, 1999, p.15)

La apuesta es observar el campo de la salud desde una perspectiva psicológica, en donde el foco dentro del proceso salud-enfermedad esté puesto en los aspectos saludables de las personas. Concebir desde una perspectiva holística y ecológica el proceso salud-enfermedad es entender que lo que sana y enferma no son simplemente cuerpos, sino más bien, sujetos inmersos en un continuo de relaciones múltiples, variables y complejas, mediadas por la cultura.

Esta perspectiva intenta enfatizar sobre el desarrollo del drama humano que se suscita en los espacios de un campo sanitario en el cual las estrategias en salud desbordan las respuestas meramente técnicas o biologicistas.

Se entiende que el trabajo con la salud no se agota en los espacios institucionales, por lo que se propone trabajar desde “los espacios cotidianos, allí donde hombres y mujeres interactúan en función de sus deseos y necesidades, sostienen diversas actividades, producen la vida misma.” (*Universidad de la República; Instituto de Psicología de la Salud, 2010*)

Es de destacar el énfasis que este modelo manifiesta respecto a la posibilidad de descentralizar la atención en salud exclusivamente del cuerpo técnico-profesional, para así incluir al común de la población en lo referido a la producción y preservación de su salud, habilitándoles un rol activo en las posibles estrategias en torno al cuidado tanto individual como colectivo.

No sólo ACV

La OMS define genéricamente el Accidente Cerebro Vascular (en adelante ACV) como una “aparición súbita de signos clínicos de una alteración focal (en ocasiones global) del funcionamiento cerebral como consecuencia de una alteración del flujo sanguíneo” (Muñoz, s/f, p. 42). Esta aparición súbita generalmente comienza con la disminución de la consciencia y se acompaña de la pérdida de fuerza, desencadenando una parálisis local o de un hemicuerpo, incluso la persona puede llegar a perder la capacidad del habla.

El ACV es la principal causa de discapacidad física grave en adultos en países de occidente.

Existen dos tipos de ACV: el hemorrágico y el isquémico. En ambos casos las secuelas de quienes sobreviven afectan significativamente los modos de vida de las personas que transitan por estas situaciones.

Dependiendo de la particularidad del caso se estima que, a los seis meses posteriores al ACV muchos de los pacientes son incapaces de trasladarse por cuenta propia siendo necesario asistirlos en la marcha y, en un elevado número de casos, son incapaces de incorporar a las Actividades de la Vida Diaria (en adelante AVD) la mano afectada a causa de la hemiplejía.

Como mencionan Castillo y Jiménez (2015) esta enfermedad provoca una gran variedad de déficits y discapacidad en el paciente tanto al inicio del cuadro como a los seis meses posteriores:

-Déficits neurológicos: hemiparecia; déficits sensoriales; hemianopsia; cognitivos;

afasia; depresión mayor.

-*Discapacidad*: dependencia en las AVD básicas; incontinencia de esfínteres; asistencia en los autocuidados; ayuda en la movilidad.

-*Minusvalía*: Institucionalización; vuelta al trabajo si es menor de los 65 años.

Las expresiones lingüísticas definen los aspectos conceptuales a partir de los cuales construimos nuestro pensamiento, por lo que se hace necesario ser cautos a la hora de utilizar determinado tipo de terminología al referirnos, en este caso, a personas con discapacidad.

En tal sentido es que la OMS ha ido redefiniendo algunos de sus conceptos en pos de una construcción para un lenguaje unificado y estandarizado, así como un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relativos a la misma.

Por lo que en la nueva versión de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF 2001)*, algunos términos como “discapacidad” y “minusvalía” han sido reemplazados por “limitaciones en la actividad” (dificultades que una persona tiene o puede tener en el desempeño de o realización de una actividad) y “restricciones en la participación” (problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales), respectivamente.

El término minusvalía ha desaparecido con la intención de acentuar las experiencias positivas por sobre las desventajas de las personas con discapacidad, por lo que se plantea en términos de participación.

A la hora de valorar el ACV en un paciente particular se deben de superar las descripciones aisladas de las limitaciones de cada uno de los dominios en juego debiendo “establecer su repercusión funcional en el individuo y en sus actividades o en su entorno” (Castillo, 2015, p.90).

En un primer momento nos serviremos de lo que se conoce como *valoración global* la cual implica utilizar conjuntamente dos escalas de valoración; una apuntará a recoger datos sobre los déficit neurológicos a través de la identificación de las áreas más deficitarias, la otra valorará las AVD básicas que determinarán la discapacidad

resultante.

Muchas veces se hace necesario ampliar la información obtenida a través de la valoración global, por lo que se recurre a valorar las *áreas de función: área motora; área perceptiva, sensitiva y visual; comunicación y lenguaje; dominio cognitivo; área emocional; discapacidad instrumental.*

En este sentido es importante realizar un diagnóstico adecuado y oportuno a partir del cual se pueda desarrollar la mejor estrategia de intervención posible que se adecue a las necesidades de las personas involucradas.

Para ello se hace imprescindible un abordaje interdisciplinario el cual otorgue a los pacientes la más completa atención posible, ya que como veremos esta situación atraviesa todos los estamentos del ser.

En tal caso nos encontramos frente al sufrimiento de un ser humano, aquejado por un padecimiento psicofísico que nos habla, que nos invita a conocer una historia, no desde la situación actual, sino desde lo que la posibilitó así como desde lo que ella posibilitará.

Sosteniendo la discapacidad

Cuando el paciente regresa a su hogar los cuidados se extienden desde los elementos bio a los psico-sociales.

Identificar posibles barreras arquitectónicas de la vivienda las cuales hagan inaccesibles los espacios comunes y privados habituales del paciente en su propio hogar es de suma importancia (escalones, soportes adecuados en el baño que en la medida de las posibilidades de cada caso proporcionen mayor autonomía en lo que respecta a la higiene personal, así como la adecuación de utensilios de uso diario que fomente la autonomía en los quehaceres cotidianos, etc.).

Otra dimensión a tener en cuenta es la referida a los aspectos económicos del

hogar que, dependiendo del rol que el paciente ocupaba dentro del núcleo, modificará en más o en menos los ingresos de los mismos. Este es un punto muy delicado que hay que trabajar, ya que si él o ella llevaban adelante un rol activo-proveedor, la situación de discapacidad producto de la enfermedad es un elemento psicológico más que atenta contra la autoestima del paciente incrementando el sentimiento de inferioridad que se desprende del encontrarse en situación de dependencia y sentirse poco productivo. Esta situación puede producir sentimientos de rabia, culpa, frustración e incluso incrementar el estado depresivo repercutiendo negativamente en el procesos de rehabilitación, así como en el relacionamiento interpersonal dentro de la familia.

Las secuelas discapacitantes producen como señala Calatayud un estado pasible de ser reconocido por la propia persona, así como por sus familiares y el propio equipo de salud.

Dicho daño debería ser reconocido o percibido por el propio sujeto cuando se le informa del mismo. Por lo que Clatayud (1999) afirma:

una vez reconocido, la adopción de lo que los sociólogos han designado “el rol del enfermo” está influenciada por procesos de carácter cultural que se dan en los diferentes ambientes sociales y que resumen representaciones acerca del significado de ese rol y de lo que es esperable que se haga o no se haga (p.198).

Evitar la rigidez del rol en que (se)suele colocar al paciente es posible si se apuntal los recursos positivos personales del mismo y no el señalamiento constante de las pérdidas producidas por el daño del ACV.

Los pacientes y familias que reciben como mensaje que el daño cerebral es el factor único que determina los desenlaces, esperan, con toda lógica, que la mejoría o la falta de mejoría dependan del grado de “reparación” del daño. Esta visión, aunque muy compatible con el llamado modelo o planteamiento médico, con cierta frecuencia influye en que el paciente enfrente el problema con pasividad e indefensión, pus la reparación del daño es vista como un proceso que está fuera de su alcance (Arango, 2012, p.140).

Entonces: ¿Es posible concebir la potencia como una construcción colectiva?

El paciente no debe de ser un mero receptor de la comunicación médica respecto a su situación actual de salud, así como de los pasos posibles a seguir en lo que respecta a su tratamiento. Si las estrategias médicas apuntan a “devolver” la mejor funcionalidad posible al paciente, es porque aún no hemos sido capaces de instrumentar un espacio de construcción colectiva en el cual tenga cabida tanto la voz del equipo de salud como del paciente-familia en lo que respecta a las posibles acciones referidas a los procesos salud-enfermedad-muerte de quien requiere asistencia.

Al decir de Arango (2012):

La familia es la principal fuente de sostén y motivación del paciente, y por tanto, influye en su recuperación. Además, puede brindarle motivación para su rehabilitación y provee información valiosa al equipo de rehabilitación acerca del funcionamiento cotidiano de la persona (p. 94).

Como se puede observar el sostén familiar es de vital importancia y un aliado en el proceso de rehabilitación, pero si no se le proporciona las herramientas adecuadas puede convertirse en un elemento iatrogénico. La situación de discapacidad trae aparejada una situación de dependencia la cual en un primer momento es sumamente necesaria, pero si no es acompañada por el equipo de salud puede incluso volverse un obstáculo. En este sentido se debe intentar recuperar los roles familiares y sociales de todo el sistema familiar.

Se considera necesario que el equipo técnico tenga en cuenta que en ocasiones, debido a la complejidad del vínculo que se genera entre el cuidador-cuidado, la dinámica vincular puede llegar a perjudicar el proceso de rehabilitación (iatrogenia). De esta manera, para que influyan positivamente en el proceso, es indispensable trabajar a la par con los que ofician de cuidadores y el resto de la familia.

Esta acción realizada por el médico la cual le causa al paciente una lesión que éste antes de la intervención no tenía, puede hacerse extensiva a otros ámbitos. En el

período post hospitalario al ser la familia quien brinda los cuidados al paciente es la que debe generar acciones que no atenten contra la salud del mismo.

Dichos efectos en estos casos son producto de la sobreprotección investida a quien es pasible de los cuidados. Las ansiedades de los familiares respecto a los avances y logros del paciente muchas veces pueden llevar a que los primeros exijan al segundo concretar acciones tal y como eran realizadas en el pasado, en los mismos tiempos y con el mismo entusiasmo de antaño.

Por lo que Arango (2012) sostiene que “algunos de los problemas más identificados en la familia luego de estos impactos, son la depresión, la ansiedad, los sentimientos de culpa y los sentimientos de enojo” (p. 95).

Para evitarlos, el equipo de salud debe de ser claro a la hora de transmitir a las familias no sólo el diagnóstico sino el pronóstico de su ser querido, comunicándoles qué es lo que pueden esperar según la etapa del proceso de rehabilitación en base a la situación de salud concreta del paciente. Este ambiente favorecerá un clima de confianza y respeto mutuo entre el equipo de salud y el paciente-familia.

¿Qué lugar tiene el psicólogo en éste escenario?

¿Qué lugar quiere el psicólogo en este escenario?

La trastocación de la dinámica familiar es particular, pero podemos mencionar aspectos que se evidencian generalmente comunes en los casos de las familias que atraviesan los efectos discapacitantes de un ACV.

Muchas veces la familia establece -de hecho- la figura de un cuidador principal, el cual en la mayoría de los casos suele ser una mujer (Plan Nacional de Cuidados, 2015), al tiempo que la dinámica familiar se configura entorno a las necesidades del paciente.

Se modifican los tiempos, las rutinas, las prioridades, los proyectos, los gastos, los roles, la forma de habitar los espacios cotidianos... los rostros, los cuerpos, las

voces, las miradas...

La situación de dependencia producto de las secuelas discapacitantes físicas de un ACV son como ya se mencionó, extremas, por lo que se hace necesario la presencia permanente de un/a otro/a que oficie de asistente.

Dicha asistencia puede ser meramente funcional o bien puede apuntar a los procesos de humanización que muchas veces se pierden de vista cuando nos enfrentamos (ya sea como equipo de salud, ya sea como familia) a la rehabilitación de nuestros pacientes.

La experiencia de la hospitalización ya sea la propia o la de un ser querido siempre nos coloca en una situación de vulnerabilidad, más aún cuando refiere a la intempestividad con la que se presenta el ACV.

¿Qué se entiende por vulnerable en este contexto?

En su artículo Rey, Granese y Rodríguez (2013) plantean a partir de la definición de la Real Academia Española que la vulnerabilidad “es tan abierta que todos lo somos todo el tiempo y en todo lugar, ya que se define por la posibilidad de ser herido o lesionado, moral o físicamente” (p. 96).

Cabe agregar a esta definición la dimensión psicológica que forma parte de lo que éstos autores nombran como gradiente de vulnerabilidad, el cual depende de diferentes factores.

Realizando una analogía con el ejemplo que éstos proponen, podemos pensar que una erupción volcánica puede ser entendida como la situación concreta de enfermar que presenta el ACV en un paciente y, el territorio que es afectado por la lluvia de cenizas del mismo, como la familia que rodea a dicho volcán.

Entonces ¿por qué pensar que el paciente es el único vulnerable ante esta situación de enfermar?

Se hace necesario considerar también la vulnerabilidad bio-psico-social que atraviesan los seres queridos de nuestros pacientes en estas condiciones.

La propensión a enfermar también se hace latente en aquellos que de un momento a otro se enfrentan al reconocimiento de un padre, de una madre, de un/a hijo/a, o de cualquier otro tipo de vínculo en donde los montos de afecto puestos en juego generen tal conmoción que nos lleven a sentir que *este no es el padre que yo conocí*.

Sin mencionar el desgaste físico de quienes ponen en juego su propio cuerpo día tras día y cuerpo a cuerpo en lo que respecta al cuidado del paciente.

Discapacidad según la OMS (s/f):

es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

En este término general y abarcativo como él mismo se describe, no se puede más que encontrar elementos descriptivos los cuales ignoran las implicancias psicológicas de los mismos.

La experiencia del mundo sobre un cuerpo ahora desarmonizado como consecuencia de una “alteración del estado fisiológico” (OMS) inesperada, impensada, queda reducida al *capital simbólico* del cual habla Bourdieu, tornándose mensurable en virtud de las posibilidades de desplazamiento de este cuerpo por el espacio y del acceso al mismo, así como también del dominio/control de las funciones fisiológicas vitales.

Se produce así el “secuestro corporal de la experiencia personal (Scribano, 2007)” (Ferrante, Ferreira 2008, p. 404).

El reconocimiento de la dependencia como situación novedosa es complejo.

Permitirse ser asistido genera ciertas tensiones a nivel psíquico que implican una

habilitación corporal de un otro, ya sea cuerpo, ya sea objeto, es decir, habilitar a un *otro* que oficie de nexo entre *yo* y el mundo.

El Plan Nacional de Cuidados (2015) entiende la asistencia como parte del cuidado en tanto derecho siendo el fin de la misma “procurar el desarrollo integral y el bienestar cotidiano de quienes se encuentran en situación de dependencia y necesitan la ayuda de otras personas para realizar actividades de la vida diaria” (p. 6).

Muchas veces la asistencia se extiende a tal punto que, en lugar de fortalecer los procesos de autonomía de las personas que vivencian este tipo de situaciones producen un efecto adverso, atentando en contra de los mismos.

Esta situación se entiende no es expofesa, sino que resulta del interjuego de múltiples factores.

Por un lado la sobrecarga, el agobio y la falta de información de quienes asisten; por otro lado, quienes son asistidos, ante el reconocimiento de la situación de dependencia, suelen sentirse en deuda con la familia, por lo que deciden resignar la enunciación de sus deseos en tanto derechos.

Posteriormente esta situación suele encontrar un cierto equilibrio, no necesariamente el más “sano”, pero sí el más funcional. Por lo que quien cuida se siente útil “satisfaciendo las necesidades” de quien es cuidado, y éste encuentra “comodidad y seguridad” en un entorno que al parecer ya no espera nada.

Discapacidad como Acontecimiento

La discapacidad...

Irrumpe y atraviesa el cuerpo familiar.

Lo violenta.

No sabe de tiempos.

Persiste en él, haciéndose presente, una silla de ruedas, un bastón, movimiento de mobiliario, llantos, gritos, insultos, olores, cambios de rutinas, proyectos trancos, desgaste físico, duelos, etc.

Incertidumbres por doquier.

Genera problemas más que respuestas; nos acorrala.

El acontecimiento...

Es estallido que irrumpe con violencia.

Insiste en nosotros.

Es un movimiento no histórico.

Nos abre a la incertidumbre.

Es problemático y problematizante.

Define las condiciones de un problema mas supera sus respuestas, no hay soluciones sino modos de distribución del problema.

El ACV irrumpe en un cuerpo vivo en situación, por lo que las áreas neurológicas afectadas se hacen extensivas a las relaciones que ese cuerpo concreto establece con otros cuerpos que por diferentes circunstancias también asisten a su encuentro.

En una de sus acepciones la Real Academia Española (2014.) define consecuencia como un “hecho o acontecimiento que se sigue o resulta de otro”.

Esto que se sigue o resulta, irrumpe como diferencia y como tal solemos asociarlo con nociones negativas, con lo no deseado, con una especie de castigo. Lo que nos obtura el pensarlas como posibilidad.

Posibilidad de pensar por ejemplo, en el dolor del nos-otros, cuando nos enfrentamos a las pérdidas, a la elaboración de duelos, a las múltiples formas de afrontamiento de las situaciones

adversamentenovedosas

que nos atraviesan a todos los que participamos en ese encuentro.

Si rescatamos de ellas la posibilidad del acontecimiento en el sentido deleuziano, podremos rescatar su originalidad, de la cual emergerá eso novedoso que se sigue o resulta de lo otro.

Cuando el paciente es dado de alta, es decir, cuando regresa a su hogar se produce

una trastocación de la dinámica familiar. Pero ¿qué es eso que cambia?

Para el equipo de salud la existencia del cambio es confirmada y entendida a través de un diagnóstico médico, es lo trascendente.

Pero para la familia cobra sentido en la dinámica misma, por lo que el cambio excede la etimología del diagnóstico y sólo cobra sentido, al decir de los estoicos, a través de los *efectos de superficie*.

El atributo del diagnóstico sobre el paciente “no designa ninguna *cualidad* real...por el contrario (el atributo) siempre es expresado por un verbo, lo cual quiere decir que no es un ser, sino una manera de ser” (Deleuze, 1971, p.14).

Eso es pues lo que cambia, cambia la *manera de ser*.

Como sostiene Deleuze, no de un ser, sino de una multiplicidad de seres incorpóreos, mezcla de cuerpos, unos causas de otros en relación con otros.

Deleuze (1971) plantea que:

los acontecimientos se efectúan en nosotros, nos esperan y nos aspiran nos hacen señas: «Mi herida existía antes que yo, yo nací para encarnarla». Llegar a esta voluntad que nos hace el acontecimiento, devenir la cuasi-causa de lo que se produce en nosotros (p.189-190)

El acontecimiento estalla, emerge, no es un simple estado de cosas.

No es un ACV, sino que está en lo que nos espera en él. Las heridas, el dolor, aquello que nos desgarrar por dentro, eso que no nos conforma, eso que se nos presenta como imposible.

La situación de discapacidad desafía todo lo conocido; afirma Deleuze, sus señales no nos invitan a aceptarla, sino a pensar la posibilidad de lo invisible en lo visible, es decir, a hacer algo con eso que *nos sucede*.

El devenir-ilimitado deviene el acontecimiento mismo, ideal, incorporal, con todos los acontecimientos que le son propios, del futuro y del pasado...lo más y lo menos, lo demasiado y lo insuficiente, lo ya y lo todavía-no: pues el acontecimiento infinitamente divisible es siempre *los dos juntos*, eternamente lo que acaba de pasar y lo que va a pasar, pero nunca lo que pasa (...): pues

el acontecimiento, *al ser siempre, exclusivamente, efectos*, pueden entrar mucho mejor los unos con los otros en funciones (...) o relaciones (...) (la herida y la cicatriz). (Deleuze, 1971, p. 18)

Rehabilitando-nos

¿De qué hablamos cuando hablamos de rehabilitación?

La rehabilitación está dirigida a brindar recursos médicos, psicológicos y laborales para que las personas que presentan secuelas de alguna enfermedad en forma de limitaciones estables y permanentes puedan reducirlas y desarrollar nuevas capacidades que les permitan el máximo de desempeño autónomo en su medio habitual, tanto doméstico como en el trabajo productivo y la vida social. (Calatayud, 1999, p. 220)

La rehabilitación responderá a un *mero valor de uso* si nuestro objetivo como psicólogos es contribuir únicamente a *la reinserción social del individuo desde una perspectiva re-productiva*.

El prefijo *re* nos evoca a una secuencia repetitiva, donde lo que importa es poder realizar una y otra vez el movimiento indicado hasta generar una rutina mecánicamente inconsciente.

En este sentido la habilitación es meramente funcional...y tal vez esté bien...

Pero si este nuevo aprendizaje no encuentra *un cuerpo en donde prehend*, la pregunta que amerita es: ¿cuál es el sentido de dicha acción? ¿A la necesidad de quiénes responde?

Afirma Bauer que la rehabilitación intenta devolver a la persona las habilidades que ha perdido, sin importar sus razones. Se parte de una concepción integral del ser humano, ya que toda pérdida afecta a la familia toda, no sólo a un individuo.

¿Devolver las habilidades a quién?

Desde la perspectiva planteada en este trabajo, se entiende que esta suerte de retribución debe de ser a todo el sistema familiar involucrado.

La pérdida de capacidad física implica una relación de dependencia la cual repercute en la autonomía tanto del que cuida como de quien es cuidado.

Para Bauer (1992) la rehabilitación “comprende todas las medidas dirigidas a reducir el impacto producido por las condiciones incapacitantes y de handicap, y posibilita a las personas afectadas por estos procesos lograr la integración social” (p19).

Lo que como psicólogos deberíamos intentar comprender es cómo podemos contribuir a que ese *cuerpo* habilite la/esa función.

¿Qué función?

Tal vez la del ser en situación.

En esta búsqueda de sentido es que el prefijo *re* adquiere otro significado al salir de la órbita repetitiva para *habilitar de nuevo*, es decir, para encontrarle un nuevo sentido o tal vez resignificar-se desde esta nueva situación.

¿Cómo es el re-encuentro de uno con uno y uno con otros, y otros con uno?

¿Los otros no deberían de re-habilitar su propio *cuerpo* para este re-encuentro que se presenta como novedoso?

Entonces: *¿cuántos son los cuerpos de la rehabilitación?*

¿Qué se re-habilita? ¿Lo que se rehabilita se (re) habilita?

¿Nuestra práctica es habilitadora? ¿De qué? ¿De quién?

¿Desde qué agenciamientos el psicólogo construye el concepto de salud cuando se inserta en el ámbito de la salud?

Nuestro desarrollo ontogenético está particularmente diagramado por las diferentes, complejas y singulares crisis que nos atraviesan, así como también por los momentos evolutivos en que nos encuentran. Por ejemplo, no es lo mismo ser padre/madre que hijo/a de un paciente con ACV.

La singularidad tiene que ver con el cómo experimentamos cada uno de nosotros los acontecimientos que se inscriben en cada uno de esos instantes en los cuales se desarrolla nuestra vida cotidiana.

Con algunos objetivos generales se busca desarrollar otros particulares que se desprendan de la situación de cada individuo. La psicología debe poner a disposición el bagaje de principios bio-psico-sociales en pos de la comprensión de la situación de discapacidad.

Nuestra tarea como psicólogos/as es contribuir al esclarecimiento psico-afectivo de la situación en general, sin perder de vista para ello la particularidad del vínculo afectivo que une a cada uno de los integrantes del sistema familiar con el paciente.

Ansiedad, culpa, enojo, temor, incertidumbre, angustia, rabia... son sólo algunas de las emociones que experimentan las personas cuando perciben que el estado de salud que estiman propio o ajeno se encuentra en peligro.

El cómo actuemos ante ese peligro dependerá de los mecanismos de respuesta que predominen en ese momento; en última instancia lo que varía es nuestra conducta y nuestro comportamiento.

La “desestabilización producto del *cambio*, introduce en el sujeto una movilización tal que, en ausencia de recursos re-adaptativos externos e internos, podría llevar a la no recuperación de la homeostasis perdida” (Amorín, 2010, p. 58).

El cambio es múltiple y variado.

Cambia la cotidianeidad de todo un sistema familiar, su estructura organizativa, sus proyectos tanto colectivos como individuales; muchas veces los roles se ven afectados en una primera etapa, lo cual es considerado “sano” si dicho cambio es temporalmente coherente respecto al diagnóstico y pronóstico de la situación en cuestión.

Los recursos re-adaptativos externos, se entiende, hacen referencia a las redes de apoyo con las que cuenta dicho sistema familiar.

Dichas redes de apoyo deberían en un primer momento ser puestas a disposición por el sistema de salud: recursos técnicos, políticas públicas, apoyo institucional a los equipos de trabajo que abordan estas situaciones, una política de traslados eficiente hacia los centros de salud para quienes no pueden hacerlo por sus propios medios, recursos *humanos*, entre otros.

La expresión “acontecimientos significativos de la vida” acuñada por Calatayud (1999) nos permite comprender que los mismos hacen referencia a:

aqueellos hechos, deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres y que requieren de un esfuerzo adaptativo (p.151).

La adaptación a la que se hace referencia, se entiende que no es presentada con una intencionalidad negativa entendida como mera adaptación al medio, sino más bien como la adaptación que posibilita el vínculo entre la persona y el medio.

Ese *entre*:

supone una constante tensión entre lo mismo y lo otro, entre el azar y la necesidad; ello impide el aseguramiento total de lo real dentro de categorías objetivadoras. Por otro lado, la noción de medio permite la creación de sentidos, admitiendo que no hay arkhé fundamental y última cuyo carácter de verdad sea incuestionable (Esperón, s/f, p.308)

Nuestra vida oscila en un constante vaivén dentro de lo que se conoce como el proceso de salud-enfermedad-muerte.

Si bien coincidimos en que éste es un proceso por el cual atraviesan todos los seres vivientes, es preciso reconocer la compleja singularidad de dicho proceso que se desarrolla entre los seres humanos. Son pues los elementos subjetivos propios de nuestra condición humana los responsables de potenciar en más o en menos los flujos que condicionan nuestro proceso salud-enfermedad-muerte.

Éste proceso es naturalmente dinámico, condicionado por una miscelanea de variables dependientes entre sí, encontrándose al mismo tiempo supeditadas a un proceso histórico que les precede y que se actualiza en un ser concreto en situación.

Hablar del *Ser en situación* como lo hace Juan Carlos Carrasco, es hablar del individuo como reflejo de la situación que vive. Dicho concepto implica un lugar (espacio), un momento (tiempo), hechos y acontecimientos. Por lo que la situación denota un instante, “un punto preciso del trayecto longitudinal del proceso histórico en un lugar (espacio) determinado” (Carrasco, 2010, p. 116).

Por lo que se hace menester desplegar en estas páginas algunas reflexiones que contribuyan a una posible liberación del carácter subjetivo del ser en situación, ese ser que a cada instante tiene la capacidad de *percibir, de ficcionar, de imaginar* aún en el transcurso de una situación de enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas. Para Calatayud (1999):

Cada paciente presentará entonces su propia “respuesta a la enfermedad” en la que se ponen de manifiesto no sólo las características regulares de la misma como hecho biológico, sino también, y sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica (p. 199).

Como psicólogos ya no podemos sólo velar por un “alma” humana aislada de sus implicancias emocionales producidas por la vivencia de un cuerpo doliente, visiblemente sentido de forma diferente tanto por quien lo habita, como por su familiares y comunidad.

Cuerpo como escenario

Para Deleuze el cuerpo se define por lo que éste puede, no por lo que es; es decir, por las relaciones de por lo menos dos fuerzas: dominantes y dominadas, cualquier tipo de relación entre ellas constituye un cuerpo en tanto su capacidad de afectar y ser afectado.

¿A qué creemos hacer referencia cuando nos referimos al paciente “que tiene ACV”?

¿Quién lo tiene? ¿Qué es tenerlo?

Pensemos en el caso de una mujer adulta que se encuentre discapacitada debido a un ACV, lo cual le impide realizar libremente aquellas AVD que configuraban su cotidianeidad pasada, por lo que ahora es su esposo quien la higieniza, quien la viste y desviste, quien la peina, quien le da de comer, quien la sienta, la levanta y la acuesta. Quien tiene que reorganizar sus horarios laborales, replantearse sus proyectos personales, de pareja y colectivos. Quien tiene también que re-pensar una nueva configuración de lo íntimo en el plano de la sexualidad, lo que implica reflexionar sobre la ausencia o no de deseo.

Al decir de Deleuze, ¿qué cuerpo encarna la herida?

Foucault citado en Rovira (2015) plantea que:

Esta palabra, "cuerpo", no hay que entenderla de manera simplemente metafórica:

se trata, en efecto, de una materialidad compleja y múltiple que comporta, además de los "cuerpos" de los individuos, el conjunto de los elementos materiales que aseguran su vida, constituyen el marco y el resultado de su actividad y permiten los desplazamientos y los intercambios (p.18).

El ACV le sucede a toda la familia.

Todo se transforma, la rutina, lo cotidiano, la casa, las salidas familiares, la forma de organizar un almuerzo, los espacios privados, la cama, la sexualidad...

¿Cómo se materializa en el cuerpo la discapacidad adquirida como acontecimiento?

¿Qué es la afección? Para Deleuze (2008) es reconocer:

que en todo momento, las afecciones que experimento en ese instante

efectúan, realizan mi potencia. Mi potencia se efectúa bajo y a través de las afecciones que experimento en tal o cual momento. «Toda afección, en un momento dado efectúa mi potencia»...mi potencia es efectuada por afecciones, en todos los casos tan perfectamente como pueda serlo...en relación al estado precedente (297-298).

Contribuir con el paciente-familia a identificar el cómo percibe esta nueva situación y qué siente ante la misma, resulta un elemento clave en el proceso rehabilitador.

Trabajar con las formas incipientes en que se percibe la situación o más bien al otro, debiese ser uno de nuestros faros dentro del proceso de rehabilitación.

Dice Deleuze (2008): “Ya no conozco los cuerpos por el efecto que tienen sobre el mío, sino que los conozco bajo las relaciones que los constituyen, en tanto esas relaciones se combinan con las relaciones que me constituyen” (p. 305).

Relato

¿Cómo es el devenir de este YO?

¿Qué es eso que no cabe en la imagen que me devuelve éste otro como espejo pero que al mismo tiempo la compone?

Re-comenzar a significar esos ojos que miran, esas sonrisas que autorizan, esos ceños fruncidos que interpelan desde cada uno de los espejos que nos acompañan. Gestualidades que buscan expresarse a través de una substancialidad significativa contenida en un rostro, el cual refleja un particular régimen significativo. Pero ese rostro no es nada por sí mismo, ni para sí mismo. Es ahí donde nuestro YO entra en escena.

Él está ahí para ser reconocido e interpretado, es decir significado, una y otra vez; donde ese YO en ese tiempo-espacio es el centro de significancia, deviniendo en un nuevo rostro que volverá a reflejar un particular régimen significativo, permitiendo a su vez una transformación de los diferentes signos que lo componen, generando cada uno de esos YO una nueva forma de agenciamiento; es decir un nuevo sentido.

¿Qué significancia adquieren los rasgos de rostricidad en un Entramado Familiar?

Una mirada por ejemplo de una madre o un padre, contienen ciertos rasgos de rostricidad, pero estos cambian, adquieren sentidos diferentes tanto para un hijo como para otro, dejando aquellos de ser sólo un cuerpo significativo “para devenir el punto de partida de una desterritorialización que hace huir todo el resto” (Deleuze, G., Guattari, F. 2004. p.133).

Dicha desterritorialización implica que cada intérprete libere aquél signo (mirada) y lo incorpore a su propia cadena de significantes, modificando así su propio punto de subjetivación. Deleuze, G. y Guattari, F. (2004) expresan que el intérprete ahora deviene sujeto de enunciación:

en función de una realidad mental determinada por ese punto. Y del sujeto de enunciación deriva a su vez un sujeto de enunciado, es decir, un sujeto atrapado en enunciados conformes a una realidad dominante (de la que la realidad mental de hace un momento sólo es un aparte, incluso cuando parece oponerse a ella) (p.133).

Esa conjunción de materialidades y funciones que componen el Entramado Familiar, son capturadas en uniformizaciones sustanciales (léase padre, madre, hijo, hija, etc.) de enunciación, siendo al mismo tiempo individualizadas por la subjetividad de cada uno de los intérpretes.

Podemos concluir a partir de Deleuze (2004) (si es posible) que “la sustancia ha devenido sujeto. El sujeto de enunciación se pliega al sujeto de enunciado, sin perjuicio de que éste vuelva a proporcionar a su vez sujeto de enunciación para otro proceso” (p. 133).

Es desde los agenciamientos producidos dentro de un Entramado Familiar-Social particular, que un YO puede devenir YO/persona como sujeto de enunciación colectiva.

¿Cómo podemos apuntar a una rehabilitación integral de uno si no hay un otro que oficie de espejo imperfecto (especular) y sea capaz de devolver lo familiar tanto como lo ajeno?

La diferencia está presente en éste, que si bien nos es familiar, ahora lo percibimos como desconocido. Esta diferencia no debería ser concebida como un carácter identitario, sino que debe de ser entendida desde una realidad que se efectúa y se expresa como diferente.

La propuesta deuleziana propone una una pragmática psicoanalítica como alternativa a las operaciones de reinterpretación, apostando a una producción novedosa de signos nuevos.

Sin más

Éstas páginas han pretendido ser el registro de imágenes caóticas en constante movimiento, producidas en el encuentro con este cuerpo, que escribe, y que se ha permitido ser afectado. En otras palabras, intentan ser el registro de la producción de una *posible* construcción de subjetividad.

Las expresiones planteadas en torno al *deber ser* del psicólogo, no pretenden tener carácter universalista, sino reflejar algunas de las interrogantes que me acompañan en en tanto devenir psicóloga.

Queda el deseo de que por fin un día como sociedad y por ende nuestro sistema de salud, logre inventar signos nuevos en cuanto al abordaje de la discapacidad, encontrando formas posibles de redistribuir la problemática en que ésta nos coloca.

Intentar una reflexión última sobre la temática planteada sería inútil, ya que ella, ha estado presente en cada una de las páginas precedentes, lo cual no implica que no haya nada más para decir.

Tiene la palabra ahora el lector.

Bibliografía

- Amorín, D. (2010). Cuadernos de Psicología Evolutiva 1. Apuntes para una posible Psicología Evolutiva. Montevideo : Psicolibros-Waslala.
- Arango, J. Premuda, J. Holguin, J. (2012) Rehabilitación del paciente con Traumatismo Craneoencefálico. Una guía para profesionales de la salud. México : Editorial Trillas.
- Bauer, D. (1992). Rehabilitación: Enfoque Integral. Barcelona : Masson Salvat.
- Bernardi, R. (1994). En Psicología Médica Temáticas 1eras. Jornadas Uruguayas de Psicología Médica y Medicina Psicosocial. (p. 7. Montevideo)
- Calatayud, F. M. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires : Paidós.
-
- Carrasco, J.C. (2010). Psicología Crítica Alternativa : Psicología Crítica y exilio. *Psicología Conocimiento y Sociedad 1*, 113-144. Recuperado de : <http://revista2.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/viewFile/17/198>
- Castillo, J. Jiménez, I. (2015). Reeducción Funcional Tras un Ictus. España: Elsevier.
- Defey. D. Et. Alt. (1994). Psicología Médica Temáticas 1eras. Jornadas Uruguayas de Psicología Médica y Medicina Psicosocial. (p. 45. Montevideo.)
- Deleuze, G.(1971) Lógica del sentido. España: Barral Editores.
- Deleuze, G. Guattari, F. (2004). Mil Mesetas: Capitalismo y esquizofrenia.

España: Pretextos.

- Deleuze, G. (2008). En medio de Spinoza. Buenos Aires : Cactus.
- España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF 2001). Versión Abreviada. Recuperado de : http://aspacenet.aspace.org/images/doc/cif_2001-abreviada.pdf
- Esperón, J.E. (2014). El Acontecimiento y la Diferencia en la Filosofía de Gilles Deleuz. Nuevo pensamiento : *Revista de Filosofía del Instituto de Investigaciones Filosóficas* 4, 286-314. Recuperado de : <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5513801.pdf>
- Ferrante, C. (2008). *Cuerpo, discapacidad y trayectorias sociales: dos estudios de caso comparados* 8, 403,428. Recuperado de : <http://www.um.es/discatif/documentos/FerranteFerreira2.pdf>
- Gandolfi, A. Coertazar, M. (s.f). El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud. Recuperado de : http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_El%20desafio-de-la-interdisciplina.pdf
- OMS (s.f) Recuperado de : (<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>)
- Muñoz, J.M; Tirapu, J. (s/f) *Rehabilitación neuropsicológica*. Editorial Síntesis. Madrid.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.a ed.). Recuperado de : <http://dle.rae.es/?id=AO8fvNk>
- Rey, J. Granese, A. Rodriguez, P. (2013). Espacios de cuidado, una

propuesta para equipos que trabajan con niñez “vulnerable”. *Psicología Conocimiento y Sociedad* 3, 93-119. Recuperado de :
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/117/115>

- Rovira, A. (2015). La construcción de categorías subjetivas en el proceso de definición de una política pública sobre cuidados en Uruguay. (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología. Montevideo.
- Universidad de la República; Instituto de Psicología de la Salud, 2010. Primer avance de proyecto. Recuperado de :
(http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/documento_fundacional.inst._.psic._.salud_1.pdf)
- Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistema de Cuidados. (2015). Recuperado de :
http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/v/61181/1/innova.front/pla_n-nacional-de-cuidados-2016-2020