



## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

**Presentado para acceder al título de**

**“Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico”**

**Título: “ Intervención socio-comunitaria en el Acompañamiento Terapéutico. Maternidades adolescentes vulneradas con una mirada con perspectiva de género.”**

**Autores:**

**Ferreiro, Valeria Celeste. Dni: 30.799.598**

**Mora, Marcos Mariano. Dni:32.768.875**

**Director:**

**Psi. Cárcamo, Ignacio.**

**Lugar:**

**Rosario**

**Fecha de presentación**

**31/07/2023**

**Ferreiro, Valeria Celeste**

**Mora, Marcos Mariano**

# Índice

Resumen .....	3
Introducción.....	4
Desarrollo.....	8
Adolescentes.....	8
Datos sobre maternidad en la adolescencia en Argentina.....	9
El AT como disciplina, técnica y dispositivo.....	12
¿Qué es una medida de abrigo? .....	14
Enfoque basado en los Derechos de las Niñeces.....	16
Derechos vulnerados en la infancia .....	17
Origen de la puesta en marcha del dispositivo de A.T .....	18
Modelo de intervención sociocomunitaria desde el A.T.....	20
A modo de ejemplo .....	21
Conclusión.....	27
Bibliografía.....	32

## **Resumen**

El siguiente trabajo pretende analizar y argumentar los aportes de una intervención socio-comunitaria desde el Acompañamiento Terapéutico en maternidades adolescentes vulneradas. Un dispositivo de At que depende del Departamento de Promoción y Protección de los derechos de las niñeces en la urgencia, que se brinda como alternativa en el abordaje de casos que requieren otro tipo de intervención. Este dispositivo es solicitado por los distintos equipos interdisciplinarios de la Dirección de Niñez y Adolescencia del partido de General Pueyrredón, Provincia de Buenos Aires.

A partir de un caso abordado en la actualidad fundamentaremos la importancia de la perspectiva de género de manera transversal por parte de todos los profesionales que atienden este tipo de problemáticas. Explicaremos la puesta en marcha de un plan de intervención desde el acompañamiento terapéutico que demuestra la eficacia clínica que tiene nuestra función basada en el vínculo y en el trabajo en la cotidianidad de la persona acompañada.

## **Introducción**

El siguiente trabajo intenta dar cuenta de los aportes del Acompañamiento Terapéutico (At) con perspectiva de género en el abordaje en maternidades adolescentes vulneradas en el “Departamento municipal de promoción y protección de los derechos de los/as niños/as y/o adolescentes en la urgencia” del Partido de General Pueyrredon en el año 2023.

Desde las experiencias personales en los servicios de Promoción y Protección de los derechos de las niñeces observamos que día a día crece la demanda de intervenciones socio comunitarias para los acompañantes terapéuticos en poblaciones vulnerables. Presentándose como un emergente de una sociedad dañada por la inequidad social, que nos invita a sumarnos a fin de mejorar las estrategias y los objetivos de los equipos que laboran la restitución de derechos.

En este caso queremos argumentar, para luego analizar la importancia de una perspectiva de género a la hora de intervenir como acompañantes terapéuticos en maternidades vulneradas. No solo resaltando tipos de abordajes desde lo cotidiano, sino bajo qué enfoque basamos nuestra práctica. Más precisamente queremos dar cuenta de cuáles son los aportes de la figura del Acompañante Terapéutico con perspectiva de género para el trabajo en maternidades adolescentes vulneradas en el “Departamento municipal de promoción y protección de los derechos los/as niños/as en la urgencia” del partido de Gral. Pueyrredón en el año 2023.

El objetivo general del presente ensayo es describir la importancia de la incorporación de la figura del Acompañante Terapéutico con perspectiva de género en los equipos interdisciplinarios en el “Departamento municipal de promoción y protección de los derechos los/as niños/as en la urgencia”. Así como también tomamos como objetivos específicos describir bajo qué enfoques se basa la práctica del Acompañante terapéutico dentro del dispositivo; describir las estrategias profesionales del Acompañante Terapéutico en el ámbito socio-comunitario y ejemplificar la función del Acompañante Terapéutico dentro del dispositivo de niñez. Actualmente, uno de nosotros se desempeña como At en esta área, posibilitando entrelazar la experiencia en el campo con las distintas conceptualizaciones que en el transcurso del escrito van a encontrar.

Sucede que al momento que nuestro servicio interviene en la emergencia, nos encontramos mucho con el término abandono, y con una lectura de la realidad basada en una

actitud crítica hacia un imaginario social. Florencia Ramos (2022) resalta que en lo primero que se piensa en el imaginario social es una madre que deja a su hijo/a recién nacido o niño/a pequeño/a en la calle, desamparado. Sin embargo, en los diversos escritos sobre abandono, dentro de la tipología de maltrato infantil, se lo define como la falta de atención a las necesidades básicas que debe tener un niño/a; es considerado una actitud de negligencia, descuido, y desprotección. Desde este posicionamiento, el abandono empieza mucho antes de que activamente quien se encuentra en posición de cuidado entregue a su hijo/a. Es decir que ocurre cuando la madre y/o el padre ponen en riesgo la dignidad y supervivencia de su hijo/a. Esto nos invita a reflexionar sobre aquellas mujeres que están fuertemente condicionadas por sus recursos y su contexto a vivir una vida plena donde su rol materno se ve afectado por encontrarse arrasadas por situaciones de vulnerabilidad, donde muchas veces delegan la crianza de su hijo/a en la familia extensa o en instituciones. Sin embargo, son estigmatizadas por la sociedad que las nombra como “las malas madres”, “abandónicas” y en la mayoría de las ocasiones esto se refuerza desde los organismos del Estado, obligándolas a ejercer la maternidad. Entonces, ¿Podemos considerar el abandono como violencia o como un mecanismo de cuidado?. Es hora de dejar de lado la idea del instinto maternal como mandato hacia la mujer, como así también que estos mandatos sean transmitidos por profesionales de los Servicios Sociales y de salud que abordan estas poblaciones.

Es tarea de los equipos que trabajan en la restitución de derechos la de observar en esa madre un mínimo de disposición de criar a sus hijos que el sistema protegió, para poner en acto un dispositivo de acompañamiento familiar, acompañamiento de crianza o más bien de apoyo a la crianza, que posibilite la creación de medios para que aquella madre logre y desee realizarlo. Armando transversalmente con el equipo un abordaje también desde lo psicosocial para que aquella madre adolescente, con escasos recursos económicos, de bajo nivel educativo atravesadas por la marginalidad social, excluidas de un sistema donde carecen de redes de apoyo, con una historia personal donde ellas mismas no siempre han tenido configuraciones vinculares puedan construir subjetivamente algo que quizás no tuvieron, que tal vez no han vivido de cerca lo que es la función materna, la cual requiere afecto y cuidados.

Con esto no afirmamos que todas las mujeres atravesadas por la marginación social no logran ser una madre suficientemente buena, término que utiliza Winnicot (1965), refiriéndose que “la madre suficientemente buena es aquella madre que le provea un ambiente al niño de las condiciones mínimas para que pueda darse tanto su crecimiento y desarrollo físico como emocional, como también esté disponible a sus necesidades básicas”. Más bien que nuestro dispositivo de Acompañamiento terapéutico se pone en marcha cuando ya se dió un hecho donde se vió vulnerado un derecho siendo convocado a raíz de una denuncia policial, oficio

judicial, informe escolar, denuncia telefónica que tenga como víctima a niño/a y/o adolescente. El Departamento de Promoción y Protección de los derechos del niño/a actúa al resguardo mediante una medida de abrigo en hogar convivencial, en el caso de que no haya red familiar. A modo de aclaración, este dispositivo es del ámbito municipal, es decir, la población a la que está dirigida es a aquella que por lo general no accede a ingresos estables o la a salud privada. Tampoco negamos la existencia de intervenciones en familias con un poder adquisitivo mayor, pero sabemos que la desigualdad también se observa en los más vulnerados.

Creemos indispensable en el enfoque con perspectiva de género desde nuestra práctica entendiendo que el uso de la noción de género, es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y a partir de las cuales se establece un sistema de normas que rige cómo debe comportarse un varón y una mujer según el género asignado al nacer, implica afirmar que el problema de las desigualdades no radica en sus especificidades anato-biológicas sino en las desigualdades que las sociedades han tramitado con las mismas.

La Doctora en Antropología Rita Segato (2018), resalta la importancia de saber que "género no es otra cosa que una categoría analítica que pretende dar cuenta de como representaciones dominantes, hegemónicas, organizan el mundo de la sexualidad, de los afectos, de los roles sociales, de la personalidad". Continúa explicando la necesidad de separar el organismo biológico, el sexo del campo simbólico como relación entre dos posiciones. Y que este campo simbólico es el que clasifica los cuerpos, el binarismo cuando se podría hablar de variedad de cuerpos.

La perspectiva de género implica: reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social, y discriminatorias hacia las mujeres e identidades no binarias; que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas.

Vemos fundamental un enfoque transdisciplinar, término definido por Nicolescu. B (1998) como un "proceso según el cual los límites de las disciplinas individuales se trascienden para tratar problemas desde perspectivas múltiples con vista a generar conocimiento emergente". Con esto queremos decir, que los equipos profesionales de los servicios locales de Promoción y Protección de los derechos de las niñas del partido de Gral. Pueyrredon, compuestos por el Trabajo Social, el derecho, la psicología, la fuerzas de seguridad, la docencia, los acompañantes terapéuticos y todo el abanico de profesiones que de una manera u otra trabajan en red deben capacitarse sobre estos nuevos paradigmas que nos abren a intervenciones más completas e inclusivas.

Nuestro dispositivo de Acompañamiento terapéutico se propone como un recurso esencial que mediante la intervención y en el trabajo interdisciplinario favorezca que los niños alojados en casas de abrigo puedan revincularse con sus madres; las cuales desde lo afectivo y desde el deseo estén dispuestas a maternar pero que no tienen todas de herramientas para hacerlo. Suele suceder que estas madres adolescentes carguen también con infancias desprotegidas, crianzas atravesadas por la violencia intrafamiliar y por escasos recursos.

En la ciudad de Mar del Plata existen varios equipos que realizan seguimiento y abordaje de casos según zonas programáticas. Todos ellos dependen de la Secretaría de Desarrollo Social del partido de Gral Pueyrredón, más precisamente en la Dirección de Niñez y Adolescencia. Estos equipos se los llama Centros de Protección de los derechos de los Niños/as y adolescentes (Cpdens): Cpden Herradura, Cpden Cerrito Sur, Cpden Norte, Cpden Camet, Cpden Centro, Cpden Dorrego, Cpden Belgrano, Cpden Paula Albarracin y Cpden Santa Rita.

También existe dos equipos llamados E.M.A (Equipos de Medidas de Abrigo) que abordan los seguimientos de las medidas de abrigo tomadas con familiares y/o referentes afectivos, como instituciones conveniadas que resguardan al niño/a y/o adolescente (de ahora en más N/A) hasta tanto se restituya el o los derechos vulnerados.

Todos los Hogares convivenciales de dicha ciudad tienen sus equipos: Hogar Casa de los Amigos, Hogar Arenaza, Hogar Scarpatti, Hogar Gayone.

Por último se encuentra el Departamento de Protección y Promoción de los N/A, también llamado Equipo de atención al niño/a en situación de riesgo (línea 102). Es un servicio abierto las 24 hs que atiende las emergencias cuando la situación es urgente y se debe proteger al N/A en lo inmediato. Cabe aclarar que el dispositivo de Acompañamiento terapéutico depende de este departamento pero no está dedicado al abordaje en lo que acontece en la urgencia.

## **Desarrollo.**

### **3.1 Adolescentes**

Hablamos de una población sumamente heterogénea, que lo único que tienen en común es una franja etaria. No debemos pensar que hay un A,B,C ni fórmulas mágicas para trabajar con ellos/as, pero sí comparte ciertas similitudes que debemos tener en cuenta.

El Médico Psiquiatra español Jose Luis Lilo Espinosa define que la adolescencia constituye un período especial del desarrollo, del crecimiento y en la vida de cada individuo. Además agrega que es una fase de transición entre un estadio, el infantil, para culminar en la vida adulta. Este periodo tiene como característica principal la elaboración de la identidad de cada sujeto que se plasmará en su vida adulta. Por lo tanto son datos relevantes a la hora de entender esa instancia del ciclo vital y las implicancias que se ponen en juego sumando el contexto de marginalidad social. Como también el enfrentar un embarazo y su posterior maternidad.

En la adolescencia se despliegan un conjunto de cambios corporales que incluyen desde el crecimiento físico hasta los neuroendocrinos que ponen en marcha unas modificaciones corporales que culminarán en la consolidación de un cuerpo adulto y facilitarán la aparición de los caracteres sexuales secundarios, diferenciados en el varón y en la mujer. Aparecen por primera vez manifestaciones de la capacidad genésica y reproductiva con la menstruación y la primera emisión seminal. Estos cambios se acompañan también por el desarrollo de los deseos y las pulsiones sexuales, con una intensidad que desconocía hasta ese momento y que constituyen uno de los elementos más difíciles de asimilar emocionalmente. Este conjunto de cambios físicos reciben la denominación desde la perspectiva biológica de pubertad. Igualmente cambia la ubicación social del adolescente que pasa de la infancia como etapa bien determinada del ciclo de la vida a una nueva, aunque poco definida y de límites cada vez

menos precisos y variables según el contexto cultural. (Lilo Espinosa. J.L; 2004)

Como agentes de salud no podemos considerar la adolescencia como un acontecimiento meramente etario, sino que debemos entender los múltiples vértices que implica esta etapa de la vida: el psicológico, el biológico, el sociológico, el antropológico y el judicial, entre otros. Se trata de un proceso de cambio que incluye la mente, el cuerpo y todo el complejo entramado de relaciones con su medio social y en su calidad de ciudadano de la comunidad donde vive. La concepción de la adolescencia, en cada una de sus aristas que lo atraviesa, va a variar en cada sociedad y en cada etapa histórica; por lo tanto no podemos analizarlo como un aspecto aislado.

Lo que caracteriza a la adolescencia fundamentalmente es la coexistencia en el mundo interno del/la joven de características infantiles de la etapa que está abandonando, y características de la vida adulta que está por venir.

Esta simultaneidad es lo que da esta impronta característica a la adolescencia que se expresará en la Crisis de la Adolescencia, donde nos podemos encontrar a adolescentes con una amplia gama de conductas y comportamientos tanto infantiles como adultos simultáneamente y sin diferenciar o discriminar y que en ocasiones ni siquiera los adultos pueden diferenciar dando lugar a las confusiones en el diálogo con los adolescentes. (Lilo Espinosa. 2004).

Tratarlas/os como niñas/os o como adultas/os generaría un rechazo en la alianza que buscamos formar. Vínculo que será base de nuestras intervenciones y que de manera conjunta generará cambios de calidad en un contexto desfavorable.

### **3.2 Datos sobre Maternidad en la adolescencia en Argentina**

Según datos publicados en la página oficial del Gobierno Argentino, “la probabilidad de convertirse en madre no es igual para todas las adolescentes. Como lo muestran todas las investigaciones realizadas en diferentes países y más adelante lo confirmamos para la Argentina, la maternidad en la adolescencia es mucho más frecuente entre las jóvenes con menor nivel de instrucción. Si bien las estadísticas argentinas no permiten una caracterización de la fecundidad

adolescente por estratos socioeconómicos, otros indicios muestran que las adolescentes madres se reclutan desproporcionadamente entre las más pobres. Por ejemplo, el 25 por ciento de la población, pero el 49 por ciento de las adolescentes madres, habitan en viviendas precarias; el 53 por ciento de las adolescentes tiene cobertura de salud, pero sólo el 27 por ciento de las adolescentes madres la tiene". (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia 2019)

Como punto de partida necesitamos definir qué concepto tomamos nosotros como Marginalidad/Marginación: Son las limitaciones del acceso, falta de oportunidades y desigualdad en la posibilidades de participación y disfrute de los beneficios del desarrollo; esto puede referirse tanto a los individuos como a los grupos sociales.

Desal (1969) distinguió cinco dimensiones del concepto marginalidad todas ellas referidas a las personas, a los individuos, no a las localidades, municipios o estados:

a) La dimensión ecológica. Los marginales tienden a vivir en viviendas localizadas en "círculos de miseria", viviendas deterioradas dentro de la ciudad y vecindarios planificados de origen estatal o privado.

b) La dimensión sociopsicológica. Los marginales no tienen capacidad para actuar: simplemente pueblan el lugar, sólo son y nada más. Marginalidad significa falta de participación en los beneficios y recursos sociales, en la red de decisiones sociales, sus grupos carecen de integración interna, el hombre marginal no puede superar su condición por sí mismo. La marginalidad es un problema que corroe la médula del potencial del hombre para el automejoramiento voluntario y racional.

c) La dimensión sociocultural. Los marginales presentan bajos niveles de vida, de salud y de vivienda, y bajos niveles educacionales y culturales.

d). Dimensión económica. Los marginales se pueden considerar subproletarios porque tienen ingresos de subsistencia y empleos inestables.

f) Dimensión política. Los marginales no participan, no cuentan con organizaciones políticas que los representen, ni toman parte en las tareas y responsabilidades que deben emprenderse para la solución de los problemas sociales, incluidos los propios (Giusti, 1973).

Todas estas dimensiones se entrecruzan con un factor que profundiza más la desigualdad y que a nuestro entender es fundamental tener presente para generar un análisis justo para esta población: ser mujer.

Enriquez Gregorio y Di Pasquale Valeria (2022) plantean que la *desigualdad por ser mujer* se entiende como el proceso del cual se restringe o anula el reconocimiento, goce o ejercicio de los Derechos Humanos fundamentales (en las esferas de la política, económica, social, cultural y civil) por el solo hecho de ser mujer; y toman como eje de análisis tres tipos de desigualdades:

**Desigualdad Económica.** Las mujeres constituyen la mitad de la población mundial, pero realizan el 66% del total de horas trabajadas, de las cuales sólo es remunerado el 33%. Ellas perciben el 10 % de la renta mundial total y sólo poseen el 1% de la propiedad a escala mundial (Bonder, 1994). Asimismo, de los 1.300 millones de pobres que hay en el mundo, el 70% son mujeres (Argibay, Celorio y Celorio, 1998). Las mujeres producen el 50 % de la alimentación en el mundo, y el 70 % de ella sólo en los países en desarrollo, no obstante ello las campesinas del mundo sufren hambre y no son reconocidas profesionalmente (Congreso Mundial de las Mujeres de la Vía Campesina, 2006).

**Desigualdad Educativa.** Más de las dos terceras partes de las 960 millones de personas analfabetas adultas del mundo son mujeres (Argibay, Celorio y Celorio, 1998). Si bien es cierto que el analfabetismo está decreciendo en América Latina, esta problemática continúa vigente en las zonas rurales. Se calcula que 7 de cada 10 personas adultas que viven en zonas rurales son analfabetos/as y 7 de cada 10 analfabetos/as son mujeres (Bonder, 1994).

**Desigualdad laboral.** Haciendo un balance global de este tipo de desigualdad, Fernández Ruis (2007) indica que las mujeres trabajan por semana 13 horas, en Asia y África, más que los hombres y, en la mayoría de los casos, no son remuneradas; Realizan los quehaceres domésticos y los trabajos en la familia sin remuneración alguna; Ganan entre un 30 y un 40% menos que los hombres por el mismo trabajo; Ocupan entre el 10 y el 20% de los puestos directivo-administrativos y menos del 20% de los puestos de trabajo en la industria. Aumentan la producción mundial entre un 25 y un 30%, si se contabilizará este tipo de trabajo en cada país.

Por lo tanto, basándonos en lo desarrollado por Perrotta Gabriela (2004) en su investigación sobre esta temática sostiene que “los embarazos adolescentes se concentran en los grupos más pobres, marginales, de la población, en los que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y de salud de la madre” . La autora sostiene que “Esto significa que la mortalidad y morbilidad materno-infantil asociadas al embarazo adolescente son más una

manifestación de la desigualdad social y de la pobreza que enfrentan los grupos más desprotegidos, que una consecuencia de la edad a la que ocurren los embarazos”.

Bajo ningún criterio consideramos que por ser adolescente o pertenecer a un grupo social marginado la adolescente será una mala madre o no contará con los recursos suficientes (económicos, sociales, emocionales, ambientales, culturales, etc) para poder desarrollar de forma adecuada su función materna.

Pero cuando somos convocados desde los dispositivos de la Dirección de niñez y adolescencia del partido de Gral Pueyrredón, a la hora de planear nuestras intervenciones, no debemos dejar de tener en cuenta que estas problemáticas están atravesadas por tres factores desfavorables y socialmente cargado de prejuicios y estigmas: Marginalidad/exclusión social, embarazo adolescente y ser mujer. No tener en cuenta esto desde nuestro quehacer profesional nos llevará seguramente a ejercer prácticas iatrogénicas que sólo llevarán a profundizar la problemática.

A continuación queremos describir cómo tomamos el acompañamiento terapéutico dentro de los servicios y cómo nos incluimos en un entramado de elementos, sectores, instituciones, ideas que posibilitan avanzar en la profesionalización de nuestra práctica como Acompañantes Terapéuticos.

### **3.3 El acompañamiento terapéutico como disciplina, técnica y dispositivo.**

El Acompañamiento terapéutico es una profesión que está en expansión, no todos los equipos entienden nuestra función, es por eso que nos vemos en la necesidad de teorizar y de adherir a varias conceptualizaciones fundamentales. Para transmitir en este trabajo, tomaremos algunos conceptos de Gustavo Rossi, Alejandro Chévez Maldestein y Graciela Bustos.

Rossi (2009) conceptualiza “el At es un recurso clínico, especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico en forma articulada con profesional o el equipo que lo indica”. En los abordajes sociales de los equipos del sistema actual de Niñez siempre problematizamos la idea de que se deja de lado lo clínico, muchas veces por no contar con el recurso. Si pedimos a una madre en situación de discapacidad desde un escritorio todo lo que debe hacer para poder recuperar a su hijo, que se encuentra bajo una medida de abrigo, y no ofrecemos el recurso para adquirir herramientas acordes a la puesta en marcha de la crianza que el equipo le exige, el fracaso es inminente. Cuando analizamos las incumbencias, el rol y función de los Acompañantes terapéuticos es que fundamos el convencimiento de que nuestra especificidad puede aportar de manera positiva a los abordajes.

A fin de ser más específicos en la relación At y dispositivo traemos algunos conceptos interesantes:

Pensamos el acompañamiento terapéutico como un dispositivo donde los sujetos puedan encontrar apoyatura para superar la crisis, transitar el período de internación, reinsertarse familiar y socialmente, después de una descompensación y/o desarrollar potencialidades que les permitan vivir de un modo menos costoso desde el punto de vista psíquico, y re-asegurar sus redes sociales de contención desde el punto de vista social. El trabajo en equipo se vuelve fundamental y no es posible realizar verdaderas intervenciones psicosociales sin la incorporación de los acompañantes terapéuticos a los equipos interdisciplinarios del Sistema Público de Salud, que garantizan la asistencia en la cotidianidad de la vida diaria del paciente, aportando la contención necesaria para fortalecer los procesos de subjetivación en el entramado familiar y social (Bustos.2020).

Chevez y Saiz (2009) nos explican cómo funciona nuestra profesión, tomándolo como una disciplina, ya que es un “recurso de apoyo a un tratamiento” que según nuestro ámbito llamamos abordaje, ya que lo clínico es algo más en el entramado de una situación de vulnerabilidad. Agrega “desde una perspectiva clínica socio-comunitaria, brinda atención y apoyo a familiares y usuarios”.

En cuanto al Acompañamiento terapéutico como dispositivo, pensándolo como un ovillo que va enredando múltiples fenómenos, Deleuze (1990) afirma “un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre los elementos” Nos apropiamos del concepto de dispositivo ya que el At es el profesional que teje el entramado de las distintas miradas fundamental en el trabajo interdisciplinario, que se nutre de ello, que ofrece un campo de contención en un espacio transicional y que se sostiene desde el trabajo vincular y es desde ahí que transforma.

Tomamos el término dispositivo como un concepto bisagra ya que este término repudia a lo universal y se centra en lo singular. El At entiende su historia, su padecimiento, su contexto,

basando su práctica como ya nombramos en un enfoque de derechos con perspectiva de género, como también la situación de vulnerabilidad que atraviesan las mujeres en un mundo dominado por el capitalismo, cuna del patriarcado. El At conjuga todos los elementos apoyándose en las demás disciplinas que atienden el caso.

Y por último hablamos de técnicas, ya que en nuestro quehacer delimitamos el encuadre, la función, el rol, la distancia, los modos de contención, entre otros. Dichas delimitaciones nos son necesarias en ámbitos donde desconocen las incumbencias de nuestra profesión.

La implementación de este dispositivo representa un cambio fundamental en nuestra profesión, ya que es la primera vez (por lo menos en nuestra ciudad) que se incluye al At en este tipo de abordajes, entendiendo la necesidad de trabajar desde el cuerpo a cuerpo, desde lo vincular centrándose en la persona vulnerada. Con una mirada libre de prejuicios, nos animamos a decir con una mirada crítica sobre perspectiva de género que acompañe a materner en vez de excluirlas.

El dispositivo de acompañamiento se da una vez realizada la medida de abrigo por parte de los equipos de emergencias de protección de los derechos de las niñas, por eso en lo que sigue hacemos referencia a de qué hablamos cuando nos referimos a medida de abrigo.

### **3.4 ¿Qué es una medida de abrigo?**

A continuación haremos hincapié sobre un término muy importante, siendo una de las herramientas más utilizadas para la protección de las niñas.:

La medida de abrigo es una medida de protección excepcional de derechos, que tiene como objeto brindar al niño, niña o adolescente un ámbito alternativo al grupo de convivencia cuando en éste se encuentren amenazados o vulnerados sus derechos, hasta tanto se evalúe la implementación de otras medidas tendientes a preservarlos o restituirlos. La aplicación de la medida de abrigo, que siempre se hará en resguardo del interés superior del niño, es de carácter subsidiario respecto de otras medidas de protección de derechos, salvo peligro en la demora. La familia ampliada u otros miembros de la comunidad vinculados con el niño, niña o adolescente, serán considerados prioritarios al momento de establecer el ámbito

alternativo de convivencia. El niño, niña o adolescente tendrá una participación activa en el procedimiento y, de acuerdo a su edad y grado de madurez, se le deberá informar que tiene derecho de comparecer con asistencia letrada; sobre la naturaleza de la medida que se va a adoptar y se deberá garantizar su intervención en la definición de las alternativas de convivencia, con especial consideración de su opinión al momento de tomar la decisión. Durante la aplicación de la medida, el organismo administrativo trabajará para la revinculación del niño, niña o adolescente con su familia de origen; evaluará la implementación de otras medidas tendientes a remover los obstáculos que impedían la debida protección de los derechos del N/A; guardará de mantener la unidad entre hermanos; facilitará el contacto con la familia de origen y buscará la ubicación del mejor lugar para cada niño, niña o adolescente cerca de su domicilio. Ante el conocimiento de un niño, niña o adolescente, sin filiación establecida o cuyos padres hayan fallecido, los servicios de promoción y protección de derechos correspondientes, deberán informar la situación al juez de Familia, en forma inmediata. La medida excepcional sólo será respetuosa del interés superior del niño si es adoptada frente a la imposibilidad de exclusión del hogar de aquella persona que causare daño al niño, niña o adolescente. Por ello, ante la amenaza o violación de derechos provenientes de situaciones de violencia intrafamiliar -aunque no constituya delito-, el organismo administrativo deberá comunicar la situación al juez de Familia y remitir los antecedentes del caso en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas, para que la autoridad judicial proceda a la exclusión del agresor. Ante la imposibilidad de proceder a la exclusión, el juez resolverá junto con el servicio de promoción y protección de derechos interviniente, la medida excepcional que corresponda y de ello se notificará al asesor de Incapaces. El plazo de duración máxima de la medida no podrá exceder los ciento ochenta (180) días. Vencido el plazo se deberá proceder de conformidad con lo regulado por la ley respectiva. Cuando, aun antes del vencimiento del plazo, las medidas de protección

fracasaren por incumplimiento o por motivos imputables a los progenitores, tutores o familiar a cargo, o se advirtiera la existencia de cualquier situación que coloque al niño, niña o adolescente, en estado de vulnerabilidad de sus derechos; el organismo administrativo informará esta situación al juez de Familia y solicitará, si correspondiere, la declaración de la situación de adoptabilidad. (Ley provincial 13298. Artículo 35 bis)

### **3.5 Enfoque basado en los Derechos de las Niñeces.**

Intentando hacer un poco de historia nos remontamos a los sucesos que dieron lugar luego de la Segunda Guerra Mundial donde el mundo entero fue testigo de las atrocidades que se cometieron contra la humanidad. Como los campos de concentración, Estados replicando tortura, racismo y asesinatos solo por pertenecer a una minoría.

Tomando datos históricos de Unicef, es que en 1945 Estados soberanos se unen con el fin de crear la Organización de las Naciones Unidas, los objetivos fueron fomentar la paz y la seguridad internacional y promover las relaciones de amistad entre países. El 10 de diciembre de 1948 esta misma organización adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos fundados en tres principios fundamentales: la dignidad humana, la libertad y la igualdad.

Cuando hablamos de enfoque de derechos nos referimos al “marco conceptual que busca contribuir al proceso de desarrollo humano y orientar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los derechos de las personas” (Unicef.2006).

Si bien los/as niños/as y/o adolescentes están en el grupo de seres humanos y están incluidos en todos los tratados internacionales, la comunidad consideró necesaria la creación de un cuerpo normativo específico para el resguardo de los derechos de las niñeces. De esta forma se llevó a cabo la Convención de los derechos del niño (de ahora en adelante CDN), a modo de valoración personal resaltamos la necesidad de dar una modificación en la palabra niño para ser verdaderamente un instrumento que fomenta el goce de derechos, dejando de utilizar la palabra niño como un término genérico que excluye a las niñas y a las infancias trans.

La CDN entre sus lineamientos más importantes declara que las niñeces son individuos independientes y no la posesión de padres ni del Estado. Inician la vida en condición de total dependencia de los adultos que lo rodean. Deben ser protegidos activamente por los gobiernos debido a que sus acciones o la inacción de los últimos los afectan de mayor manera que a

cualquier otro grupo de la sociedad. Han de ser escuchados y su opinión debe ser incluida en los procesos.

### **3.6 Derechos Vulnerados en la Infancia.**

En el trabajo que llevamos a cabo en el Departamento de Promoción y Protección de los derechos de las niñas vemos día a día pedidos de intervención donde el eje fundamental es el maltrato infantil entendiéndolo como un término que “abarca abuso, negligencia o abandono”. Esto significa hacer cosas a los niños que no se deberían hacer, en el caso del abuso, u omitir cosas que deberían hacerse, lo que definimos como negligencia o abandono”. (D.Glaser 2009).

Como Acompañantes Terapéuticos que atendemos este tipo de problemáticas consideramos ser muy cuidadosos a la hora de evaluar y remitir informes a los equipos ya que la palabra maltrato sugiere e implica daño. Hay muchas pruebas sobre los efectos nocivos del maltrato infantil, a tal punto consideramos que tenemos que abordarlo no sólo como un problema legal, sino y fundamentalmente como un problema de salud pública, y por supuesto de violación de los derechos proclamados en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Por los que muchas veces nos encontramos debatiendo acerca del porqué los equipos separan a los niños/as de sus familias, de alguna manera poniéndose solo en una mirada desde el padre o la madre. Entendemos que no siempre existe la intencionalidad genuina de hacer daño, cuestión que es tenida en cuenta a la hora de desplegar el dispositivo de Ats, a sabiendas de que muchas familias, madres o padres sin apoyos no pueden, sin la posibilidad de adquirir herramientas y recursos difícilmente puedan gozar de una vida plena que incluya el deseo de maternar.

A modo de conceptualizar los términos que utilizamos en nuestra praxis, sabiendo que el análisis es muy complejo, queremos citar un párrafo donde explica un poco más de qué hablamos cuando hablamos de maltrato:

Podemos decir que existe negligencia en la relación padre-hijo, madre-hijo en las siguientes situaciones: La falta de provisión de un entorno seguro y cuidados suficientes, es decir, no alimentar al niño, no proveerle ropa limpia, atención médica y un entorno seguro en el que pueda vivir. Entorno seguro significa que los niños no corran riesgo de lastimarse, que no haya herramientas sueltas, muebles rotos, ni excrementos de perro en el suelo en que los niños

juegan. Luego tenemos la falta de supervisión, es decir, no vigilar al niño de modo tal de evitar que los atropelle un auto, que se caigan de las escaleras, que tomen pastillas o medicación de los padres, etcétera. Si observamos las estadísticas de accidentes infantiles, que son causa frecuente de muerte, la mayoría son producto de la negligencia. Luego, nos encontramos con un niño que acude al hospital tras haber sufrido un accidente de auto, y vemos que los familiares están tristes y alarmados, pero sabemos que el niño no llevaba cinturón de seguridad, o no se encontraba en un asiento seguro, o no se lo vigilaba mientras jugaba en la calle. Entonces, en lugar de hablar de “accidentes”, deberíamos hablar de “incidentes”, es decir, lesiones evitables. La mayoría de los “accidentes” en los niños son evitables; sólo algunos pocos son inevitables e impredecibles. Todas éstas son formas de negligencia. (Tuñón, Ianina. 2009. Derechos vulnerados en la infancia: abandono, maltrato y pobreza. EDUCA).

Estos datos nos son relevantes a la hora de intervenir, ya que sobre esos indicadores armamos los objetivos junto a los primeros acercamientos donde trabajamos lo vincular y mediante la escucha atendemos las demandas de la familia implicada. Muchas veces somos sostén y contención, donde pueden comentarnos los miedos, el reconocimiento de estas situaciones que desencadenaron en una adopción de medida de abrigo y de qué manera revertir y mejorar a fin de restituir ese niño/a al seno familiar, si este le garantice seguridad y un ambiente amigable para su crianza.

### **3.7 Origen de la puesta en marcha del dispositivo de Acompañamiento Terapéutico.**

En la última década los equipos que abordan la restitución de derechos se encuentran desbordados por la demanda de intervenciones, sumado a los escasos recursos que el nivel estatal dispone para realizar seguimiento de casos. Muchas veces se ven imposibilitadas en realizar visitas por no contar con vehículos, como tampoco tener recursos materiales como computadoras y acceso a internet. Por la falta de recursos humanos en este sector hablamos muchas veces del trabajo a pulmón o artesanal que realizan los profesionales.

Bajo estas condiciones laborales, sumado a la complejización de casos y el crecimiento de diagnósticos relacionados a la salud mental, donde las infancias están atravesadas por la patologización, de conductas disruptivas, padecimientos psíquicos es que emerge la necesidad de incluir otras disciplinas que colaboren en esta atención integral de lo cual se venimos comentando.

Resulta que los equipos expresan la necesidad de contar con Ates que sumen al trabajo desde la cotidianidad, aportando al proceso de subjetivación y como recurso para poner en acción los objetivos que se proponen. Citamos un ejemplo, si desde una entrevista se invita a una madre a adherir a un tratamiento por problemática de consumo o realice una interconsulta por presentar sintomatología acorde a una depresión u otro padecimiento, se deja la acción sólo a la voluntad de esa persona. Entendiendo que desde un trabajo personalizado, ofreciendo una relación vincular de apoyo a una situación de la cual no puede ser realizada de manera totalmente autónoma, es que se piensa en la eficacia clínica del abordaje desde un acompañamiento terapéutico.

· Solemos escuchar desde los profesionales más antiguos que las niñeces de antes no tomaban antipsicóticos o ansiolíticos, ni se hablaba de niños neuro diversos. En la actualidad no solo se presenta una situación de vulneración de derechos si no que la gran mayoría presenta un diagnóstico ya declarado por profesionales idóneos, o bien al no tener acceso a la salud todavía no haya sido evaluado o diagnosticado.

Actualmente no hay un abordaje desde lo cotidiano ni desde la clínica, que priorice la subjetividad y la historia de esa madre, ese niño/a y/o adolescente. Ni tampoco una atención primaria que detecte mujeres vulneradas, con problemáticas de salud, de vulnerabilidad social que de manera preventiva refuerce de forma integral su futuro como mujer, como madre y como sujeto de derechos. Solo se enfoca en la restitución de aquel derecho vulnerado, sin evaluar a qué tipo de dispositivo se lo ingresa que se adapte a las necesidades o incluya aquellas características típicas de su condición.

En este tema en particular que son las maternidades adolescentes vulneradas, se necesita que la mirada sea aún más integral y que se puedan realizar aquellos apoyos necesarios para que aquella joven pueda gozar de sus derechos, ser escuchada, entender su singularidad y que a través de un acompañamiento diario, bajo un encuadre pactado se pueda completar un abordaje que antes resultaba endeble.

Observamos que los niños/as permanecen estadías prolongadas en los hogares de abrigo, con la demanda de casos sabemos que este tipo de dispositivo pueda generar mayor éxito en

los procesos de restitución de derechos ya que a veces resulta depender de la burocracia de tiempos. Faltaba seguimiento a aquellas madres en situación de vulnerabilidad desde lo cotidiano, donde ellas se sientan acompañadas y tengan un nexo de comunicación más fluida con los equipo de niñez.

### **3.8 Modelo de intervención sociocomunitaria desde el Acompañamiento Terapéutico:**

Proponemos un abordaje desde lo cotidiano, bajo coordinación y supervisión constante. Nuestras funciones como Ats serán las de motivar el desarrollo reflexivo de los propios actos, ofrecerse como modelo relacional, que representará al equipo interdisciplinario. Ya que informará cuestiones relevantes que favorezcan el cumplimiento de objetivos.

En una primera etapa se trabajará en el vínculo terapéutico, considerándolo como el elemento fundacional de la práctica del At, y que habilita a desplegar las estrategias pensadas para el cumplimiento de los futuros objetivos a trabajar.

Posteriormente, se comenzará con la puesta en marcha respecto de los objetivos planteados a continuación, que son compartidos con todo el equipo, pero nos adjudicamos los primeros por ser quienes trabajamos desde el vínculo relacional.

Al comenzar nuestros primeros acercamientos mediante una reunión de equipo se informa las características del caso, donde nos explican el porqué de nuestra convocatoria. El equipo observa que aquella madre con la puesta en marcha del dispositivo de At que funcione como apoyo, pueda reunir todas las condiciones que la ley propone para tener de regreso a su hijo/a. El At se desenvuelve en lo cotidiano, donde conviven las creencias y los vínculos más intensos por lo tanto es necesario formar la alianza terapéutica.

Nuestro territorio es la comunidad ya que es el escenario donde se despliega las intervenciones: la ciudad, el café, la escuela, el taller, el club, la plaza, entre otros. Utilizamos el cuerpo, la palabra, la capacidad de escucha como herramienta al servicio del vínculo. No nos consideramos solo un recurso, sino un profesional que forma parte del equipo y que suma información significativa en relación a la restitución de derechos.

Junto al equipo creamos posibilidades en aquella madre, poniéndola como protagonista, subjetivándola, poniendo su subjetividad por encima de la nuestra.

El At intentará crear posibilidades, propiciar la construcción de algo que tal vez nunca estuvo, pensando en madres que han tenido infancias desprotegidas. Favoreciendo su autoestima, su autodeterminación, conformando proyectos de vida a corto y largo plazo. Dando lugar al desarrollo reflexivo, ofreciendo un espacio de escucha y un modelo relacional fundado en el respeto y la confianza.

Muchos objetivos como ya dijimos es compartido junto con el equipo, como el brindarle a la mamá las herramientas acordes para fortalecer sus actitudes en virtud a encarar una futura convivencia con su hija/o. Se busca instrumentar a esa madre para adquirir recursos de crianza, colaborando en la construcción psíquica.

Se busca afianzar el vínculo madre-hijo/a y su desarrollo psicoafectivo como estrategia para el cuidado de sí, del otro y del entorno inmediato. Como también ofrecer una propuesta de capacitación que coadyuve en la generación de posibilidades formativas y productivas para su crecimiento personal y familiar.

Otro objetivo es promover la sensibilidad materna y disminuir los factores de riesgo, orientar a la mamá en aquellas tareas que no puede realizar de manera totalmente autónoma. y motivar a acciones que habiliten proyectos a corto y largo plazo. Como también alentar la autodeterminación personal así como también si existiera una pareja, realizaremos intervenciones que posibiliten la crianza compartida para que no desencadene toda la responsabilidad en la madre.

### **3.9 A modo de ejemplo**

Luego de ofrecer nuestros aportes como Ats en el Servicio de niñez del partido de Gral. Pueyrredón, con un proyecto presentado y muchas veces transmitido en reuniones de equipos, nos encontramos haciendo un camino que aventuramos sea positivo y que marque un precedente para los ats en el ámbito público, más precisamente en Servicios abocados más a lo social que no pertenecen a la atención en Salud Mental pero que debe dar respuestas a las demandas debido a la complejización de los casos.

Una mañana en plena jornada laboral nos convocan a una reunión. El Director de Niñez había pensado en nuestro dispositivo como recurso para abordar un caso bastante complejo que tenía que ver con una niña de 1 año, que desde su alta clínica en el Hospital materno infantil vivía en un Hogar convivencial que alojaba a niños/as y/o adolescentes con discapacidad.

El Servicio Social de Hospital solicita la intervención del Departamento municipal de promoción y protección de los derechos los/as niños/as en la urgencia debido a encontrar

irregularidades sobre la dinámica familiar de la recién nacida, que oportunamente había contraído un virus hospitalario llamado: Citomegalovirus congénito. El citomegalovirus es un virus común que generalmente causa pocos problemas o ninguno, si bien puede provocar una enfermedad grave en los lactantes que están infectados antes del nacimiento o alrededor del momento del nacimiento. Se pensaba que este virus podría afectar a la niña en su neurodesarrollo, con secuelas cognitivas y dificultades en la deglución lo que resultaba una alimentación de leche maternizada por sonda nasogástrica.

La infección por citomegalovirus es causada por un virus, la mayoría de los recién nacidos no presentan síntomas, pero algunos sí los presentan dependiendo de cuándo se infectaron.

Los médicos diagnostican la infección mediante la identificación del virus en una muestra de orina, sangre, saliva u otros tejidos. Los recién nacidos pueden desarrollar problemas neurológicos como la pérdida de audición. El lavado de manos puede ayudar a prevenir el contagio del virus.

Otra de las características de dicho virus es que no se puede curar, pero algunos medicamentos antivíricos pueden limitar los problemas causados por la infección.

Para relatar la situación problema utilizaremos iniciales u otros nombres a fin de resguardar la identidad de las personas a las cuales acompañamos.

La dinámica de la familia de Alma (llamaremos así a la recién nacida) era un poco confusa y ausente cuando desde el hospital notaban que no concurrían de manera regular a las visitas, no admitiendo algunas otras responsabilidades, como fumar en la habitación, no proveer de pañales, elemento de higiene o de alimentar al momento que la niña necesitaba. Algunas de estas cuestiones mejoraban cuando se trabajaban esas pautas dentro de la institución.

La madre de la niña, a la que llamaremos Eva, en ese momento tenía 17 años recién cumplidos, si bien el embarazo fué buscado, fué un embarazo poco controlado, ella tenía una actitud pasiva en cuanto a los cuidados hacia su hija. Los profesionales que atendían el caso sostenían que la madre tenía una dificultad cognitiva que podía dar respuesta a este tipo de conductas como una actitud de desapego en relación al vínculo afectivo madre-hija, en varias oportunidades iba sola a las visitas admitiendo sentirse sola.

El padre de la niña, llamaremos Juan, se encontraba en pareja desde hacía 2 años con Eva, él 10 años mayor que ella y teniendo conductas de dominación hacia su pareja. En muchas ocasiones discutían o él daba directivas de manera autoritaria a Eva.

Ellos convivían en condiciones habitacionales muy precarias, donde se acumulaba mucha basura, muebles, elementos en desuso y con varios perros. Convivían con la familia materna de Eva, la madre y hermanas.

Indagando sobre la historia personal de Eva, cuestión muy necesaria a la hora de armar el plan de intervención, vimos que durante algunos tramos de su infancia también había estado alojada en un dispositivo convivencial.

Cuando Eva tenía 7 años, un vecino denuncia en la Comisaría de la Mujer y la Familia de la ciudad de Mar del Plata, que todas las noches entraba y salían del domicilio diferentes personas. Durante el día parece que dormían, por lo que sospecharon que los niños no concurrían a la escuela. Hechos que luego Eva nos cuenta que su madre consumía cocaína durante la noche con amigos/as y que dormía durante el día. Que muchas veces ella cuidaba de sus hermanos, y que ninguno de ellos finalizó los estudios secundarios.

El departamento de Promoción y Protección de los derechos de las niñeces interviene luego de recibir esa denuncia, alojando a Eva y sus hermanos en un dispositivo convivencial. Ya que se vió el inminente peligro psicofísico de permanecer en un domicilio con adultos bajo efectos de estupefacientes, sin los cuidados básicos ni concurrir a la escuela.

Otro indicador de negligencia fueron los pocos controles de salud debido a un tumor que la habría afectado a Eva durante su infancia en la zona de la garganta, que la hacía permanecer en periodos prolongados de internación donde la madre de la niña no se encontraba de tiempo completo realizando los cuidados hospitalarios que su hija necesitaba.

El juzgado luego de que la madre haya permanecido un tiempo en tratamiento por su consumo problemático ordena que Eva con sus hermanos regresen a su domicilio de origen junto a su mamá.

Cuando Eva decide ser madre, de alguna manera repite estructuras aprehendidas que en el pasado atravesó su madre. Cuando Alma permanece hospitalizada por no tener alta clínica ni social suceden hechos que imposibilitaron el egreso a su hogar. Esta abuela materna había consumido en los baños del hospital cuando visitaba a su nieta, encontrándose con excitación psicomotriz con la bebé en brazos realizando movimientos bruscos. Al momento del alta clínica los equipos sociales observaron que el egreso al seno familiar no reunía las condiciones para que la niña crezca en un ámbito seguro de cuidado, más aún con la complejidad de su patología.

Al no contar con red familiar que pueda acompañar la crianza de la recién nacida, ya que la familia paterna nunca se presentó como alternativa sosteniendo trabajar durante todo el día, es que se toma la medida de abrigo en el ámbito institucional. Y se le asigna al Equipo de Medida de Abrigo que desplieguen estrategias necesarias para restituir los derechos de la niña Alma.

Es este equipo el que solicita el comienzo de un acompañamiento terapéutico más bien familiar, que debe hacer hincapié en favorecer el vínculo y los cuidados hacia la niña, enfocando la mirada en esa madre adolescente que reconoce dificultades pero que no se visualizan compromisos que ella misma asume.

Las intervenciones comenzaron en el mes de Abril de este año, tanto Eva como Juan han mostrado notables modificaciones respecto a la puesta en acción en cuanto a las modificaciones de la vivienda que comparten ambos, esto es desde acondicionamiento del mobiliario, artefactos de luz, medidas de seguridad entre otros, con el fin de esperar el egreso de la niña lo mejor posible.

Con una actitud predispuesta a todo lo que se les fue sugiriendo, internalizando de manera positiva.

Además, se ha observado que han podido sostener las visitas al Hogar de manera más frecuente, comunicando todo el tiempo las dificultades que se le han presentado.

Se observa además afianzamiento respecto al vínculo con las Acompañantes Terapéuticas, en cuanto a compartir la historia de ambos, no limitar el ingreso al domicilio, predisponerse a conocer la red familiar, así como también compartir las inquietudes cotidianas.

Luego de varios encuentros e intervenciones los padres de Alma comenzaron a concurrir según lo acordado con el Equipo de Medidas de Abrigo en conjunto con el Hogar a retirar a la niña tres veces a la semana con el fin de que comience a adaptarse a su nueva vivienda, cumpliendo con cada encuentro.

Además han podido acompañar, sin asistencia, a Alma a consulta médica, pudiendo cumplir con lo demandado por los médicos. Si bien no cumplen con la totalidad de las pautas establecidas, se continuará acompañando en domicilio así reforzar, observar el desempeño en la convivencia y dinámica familiar una vez que estén con la niña.

Por otro lado, se utilizó como herramienta de intervención el uso del celular, permitiendo comunicación continua, posibilitando además afianzar pautas relacionadas a las responsabilidades que en cuanto a cumplir horarios de visitas al Hogar, turnos, trámites que se podrían presentar, y principalmente es una de herramientas que conforman el vínculo relacional que posibilita el cumplimiento de objetivos, y el compartir la cotidianidad de la pareja y sus inquietudes.

Si bien se muestran ansiosos respecto a la llegada de Alma, han podido visibilizar de manera criteriosa, posicionándose ambos como los adultos responsables, y no solo manifestando cuestiones más de índole de la idealización. Es decir, lograron correrse de la posición más infantilizada hacia un rol parental consolidado.

Se continuará abordando esta dinámica al momento del egreso de, en el ámbito domiciliario en la convivencia familiar reforzando el rol parental a fin de una futura autonomía en la crianza.

Toda valoración a cargo de este dispositivo fué oportunamente informado al E.M.A, mediante reuniones de equipo donde se ajustaron estrategias y objetivos a fin de colaborar en la restitución de derechos de Génesis.

En una segunda etapa, se logró el egreso de la niña a la institución hacia su domicilio. Muchas veces no solo dependemos de la voluntad de la familia, de transformar subjetividades, reconocer limitaciones y poner en marcha recursos aprendidos. Ocurre que esta familia no cuenta con gas natural, ni con la calefacción correspondiente, ni elementos que la niña necesita, como: cochecito, elementos de higiene, silla, corralito, entre otras. En algunas intervenciones en domicilio ellos no permitían que las Ats ingresen, entendíamos que se necesitaba más tiempo en la conformación vincular. Se siguió insistiendo, pensamos que era un poco la vergüenza de mostrar su espacio personal, que por momentos fué uno de los motivos por los cuales su hija no regresaba con ellos.

Una de las condiciones propuestas por el equipo fué el mudarse de la casa de la abuela materna, ya que no era un ambiente amigable para la crianza de la niña. Esto hizo que realicen mucho esfuerzo económico para adquirir todo lo necesario, cuestión que evaluamos como algo positivo en la puesta en marcha de acciones para demostrar la intención de recuperar a su hija. Colaboramos en la búsqueda de recursos, en conjunto con el trabajo con los servicios sociales, tanto nacionales como municipales, es que se intentó que todos los recursos estuvieran a disposición para poder apoyar a esa familia.

En la actualidad la niña vive con sus padres, acuden a sus acompañantes para solicitar ayuda, se dan momentos donde expresan sus miedos, relatan sus sentires en relación a la toma de medida de abrigo, todos los obstáculos que han superado. Ella habla de su madre, de su crianza, reconoce la enfermedad de su mamá y su necesidad de no cometer los mismos errores. Desde una intervención horizontal, desde la conformación de un vínculo, siendo referentes confiables se logró generar en ellos, sobre todo en Eva, un apoyo en sus inseguridades, que den cuenta que nada es estático, que se puede transformar justamente creando posibilidades. Como dice Graciela Bustos re-humanizar las prácticas, horizontalizar las relaciones que las instituciones proponen.

El dispositivo de Acompañamiento Terapéutico no finaliza cuando la niña egresa por restitución de derechos, sino que se intensifica los días en el trabajo en domicilio, ya que desde ahí se despliegan los otros objetivos propuestos. Funcionando como el nexo entre los equipos, del

cual nos mantenemos comunicados para asegurarnos que la niña se encuentre en buenas condiciones, ya que nunca tendremos asegurado el éxito. Aunque nadie quisiera que la familia de la cual venimos trabajando comenta algún otro acto que ubique a su hija en situación de vulnerabilidad, son hechos que pueden suceder. Por eso este trabajo requiere de mucha responsabilidad porque tiene que ver con la vida de muchas personas.

## Conclusión

El abordaje transdisciplinar en perspectiva de género es una herramienta necesaria para evitar la estigmatización, Eva se sintió maltratada por muchos efectores de salud, sociales. Por joven, por pobre, por introvertida, por entender que podía llegar a tener dificultades cognitivas y por no tener una red vincular en quien sostenerse. Entendiendo todo las presiones sociales que cargan en las espaldas aquellas mujeres, y el ideal de madre que muchas veces genera frustración y exclusión cuando no se responde a los parámetros establecidos.

En una perspectiva de derechos que atienda a todos los roles de la familia, porque si bien nuestro dispositivo se activa cuando ya la medida está en marcha, creemos necesario una prevención en este tipo de problemáticas. Se nos ocurre se podrían dar en la atención primaria en la salud, en la salita, el “Hospital Materno Infantil” de la ciudad de Mar del Plata, donde se detecten estos embarazos poco controlados, como madres atravesadas por la violencia de género, o por algún padecimiento psíquico, o embarazos adolescentes para que de alguna manera evitar que el niño/a que nace sea desarraigado de su vínculo más primitivo, la familia, para acompañar y reforzar la salud integral de aquellas mujeres con pocos recursos, escasos apoyos y posibilidades de ejercer una plena maternidad. Siempre que esa maternidad sea deseada. Entendiendo también que éste es un dispositivo que pertenece al Servicio de promoción y protección de los derechos del niño/a y que si existiese una sospecha de maltrato, negligencia, abuso sexual infantil que ponga en riesgo psicofísico a ese niño/a y enmarcados en la ley se debe proteger de manera inmediata hasta tanto se labore la restitución del derecho.

Luego de haber desarrollado conceptos relacionados a nuestra función, a nuestros aportes es que afirmamos la eficacia clínica que tiene la intervención sociocomunitaria de los At que desde el trabajo vincular, donde se comparten vivencias desde lo cotidiano las personas que se encuentran vulneradas por una sociedad que le presenta miles de barreras y les exige a las mujeres madres una batería de habilidades que muchas veces no pueden desplegarlas por la falta de apoyos. Ya sea de su entorno familiar como políticas sociales que generen más equidad y ofrezcan los medios suficientes para llevar la mejor calidad de vida posible. Ponemos en primer lugar la posibilidad de la mujer a realizarse según sus deseos, no necesariamente ser madres, sino que poder tener proyectos de vida, acceder a la salud integral donde aquellos que atiendan sus necesidades comprendan las cuestiones de género en las cuales las mujeres son las más desfavorecidas, en una sociedad que les exige que los deberes de cuidado sigan siendo de su exclusividad llevando una pesada carga exponiendola a la estigmatización si no entran en los cánones establecidos social y culturalmente.

La cuestión de la eficacia clínica del dispositivo de Acompañamiento Terapéutico en la Dirección de Niñez y Adolescencia del partido de Gral. Pueyrredón, no solo es una valoración propia de los que formamos parte del dispositivo, sino que crece la demanda de este tipo de abordajes desde los equipos interdisciplinarios, que expresan los beneficios que trae el trabajo cuerpo a cuerpo, en la comunidad en casos complejos que mejorarán notoriamente el cumplimiento de objetivos, en tanto restitución de derechos. Concluimos que se necesita la decisión política de poner en agenda la ampliación de Profesionales Ats que puedan atender la demanda, que puedan brindar otro tipo de información que se observa en lo cotidiano, luego de un entramado vincular At-Acompañado.

Este dispositivo no solo ha demostrado que la intervención en maternidades vulneradas tuvo resultados favorables, sino también su eficacia en adolescentes neuro diversos alojados en hogares convivenciales. Todos estos casos requerían de apoyos necesarios en la adaptación en la institución, con un abordaje especializado en salud mental. También se dieron intervenciones con una joven adolescente con perfil depresivo, sin red familiar y atravesada por crisis de angustia que necesitaba de contención y acompañamiento en el proceso de ingreso al dispositivo convivencial.

En fin, es un campo muy grande de intervención donde nos encontramos con poblaciones vulneradas, que no solo necesitan un Acompañante Terapéutico, sino de una red sectorial e institucional que responda las necesidades de los excluidos, invisibles, que no acceden a la salud privada y que todavía el sistema de salud del ámbito público no ofrece estos profesionales que solo lo brinda una prepaga u obra social.

Un gran riesgo al hablar de vulnerabilidad es no tener en cuenta la otra cara de una misma situación: las potencialidades.

Ningún grupo social o ninguna persona es sólo vulnerable. Definirlos de ese modo atenta contra su integridad, su dignidad y profundiza la mirada estigmatizante y prejuiciosa que recae sobre estos grupos, obstaculizando el acceso y el ejercicio de sus derechos.

Mirar únicamente la situación que los vulnera y omitir sus capacidades sólo va a recaer en prácticas cargadas de buenas intenciones, pero iatrogénicas a la hora de llevarlas a cabo.

Creemos que la creación de este dispositivo, que se propone en el ámbito público, en este caso municipal, surgió de un interrogante, ¿Porque las personas de bajos recursos no gozan de prestaciones de apoyo como el de At que consideramos fundamental para crear posibilidades a fin de desarrollar su vida cotidiana?. Empezamos de a poco a pensar y defender nuestra función hace más de tres años, como diría M. Bernarda Guerezta profesora de la Licenciatura de At, hacemos micropolítica, definición que toma de Eduardo "Tato" Pavlovsky:

La micropolítica es un descentramiento de lo que ya está indagado y estudiado, de lo que constituye la macropolítica: el Estado – el problema de la

lucha entre partidos –, la constitución orgánica de un partido político y lo intelectual orgánico, etc. Todo esto constituye lo micropolítico.

La micropolítica sale de allí – a través de líneas de fuga – inventando nuevos territorios sociales existenciales, abiertos a la comunidad rizomáticamente. Es aquello que no pueden capturar los sistemas de representación – que no puede capturar fácilmente el Estado. Tiene que ver con lo resistencial y lo incapturable. Se maneja siempre fuera de los sistemas de representación habituales. Es lo que Deleuze define como acontecimientos o devenir. Paradigmas de estos fenómenos micro políticos fueron en sus comienzos el movimiento zapatista y el Movimiento de los Sin Tierra brasileños. (Pavlovsky.E.2009)

Inspirados en este concepto nos pensamos como una herramienta transformadora en post de un sistema que busca la restitución y el goce de derechos. Un tanto ambiciosos en nuestro deseo, que no busca cambiar el mundo, o ¿por qué no? pero que se ofrece como alternativa, como recurso, que suma al enfoque de derechos del cual nos basamos. ¿Por qué no incluir un nuevo profesional que se dedique a lo cotidiano?. Es trabajar día a día, darnos a conocer mediante nuestro trabajo, explicarlo a quienes le surjan dudas. Consideramos que estamos en pleno proceso de expansión y creemos que el Lic. en Acompañamiento Terapéutico en el campo de lo público debe tener una capacitación especial, o que en las formaciones expliquen sobre la influencia de los diferentes contextos. No es lo mismo intervenir con una familia de clase media, que goza de los servicios básicos, que vive en una familia tipo, que le brinda contención, respaldo y seguridad, que aquella que carece de eso, que creció en un contexto desfavorable, con pocas posibilidades; hablamos de pobreza estructural, de poblaciones marginadas por una sociedad individualista que los excluye y estigmatiza.

De esos prejuicios es que intentamos despojarnos, como también capacitarnos en relación a la Ley Micaela, Ley Lucio, perspectiva de género, ley de identidad de género y toda diversidad emergente que pide visibilidad. El eje fundamental de nuestra práctica es el enfoque de derechos, no concebimos ninguna intervención que no sea mirando a quien acompañamos como un sujeto de derechos, por eso es motivo de la elección de nuestro campo de intervención: la maternidad, población que siempre se encuentra en desventaja. Una construcción cultural que exige el cumplimiento de una serie de mandatos que cargan las mujeres y que la posicionan en un lugar desfavorable.

Las nuevas problemáticas sociales nos demandan este tipo de intervenciones que se centran en lo comunitario, y no es requisito de intervención la existencia de una patología o un

diagnóstico. Abordamos problemáticas que no se solucionan en una consulta médica, ni se resuelven netamente en un espacio de terapia individual. El área de trabajo donde se despliega este dispositivo es Desarrollo Social, esto tiene que ver con la atención en poblaciones desprotegidas, marginadas cargadas de sufrimiento y que requiere de políticas, intervenciones y profesionales que se posicionen desde la promoción de la salud, donde puedan resolver cuestiones de su entorno, visibilizando sus demandas.

Sin lugar a dudas hablamos de un encuadre distinto, un abordaje particular de la clínica y que se solventa con la presencia de un otro, siempre de la impronta de lo vincular como elemento transformador.

Si nos pretendemos como profesionales que crean posibilidades todas estas características debemos potenciarlas, estudiarlas y practicarlas si pensamos que por ese camino aportamos a procesos de subjetivación, ayudamos a generar proyectos de vida, colaboramos en mejorar la vida de aquel que está en situación vulnerable, acompañamos un proceso terapéutico desde la horizontalidad, como campo de intervención la comunidad, la casa, el café, la plaza, el hospital, el club, entre otros.

¿Qué hacemos? Resistimos e inventamos. Habitamos estos espacios devastados inventando en lo cotidiano de las actividades académicas líneas de fuga -tal vez pequeñas- que impidan nuestras propias burocratizaciones. Resistimos e inventamos para poder pensar. Se trata de un pensar que busca abrir problemas más que aplicar teorías; que elucida e indaga a partir de los dispositivos que diseña; que se establece como experiencia necesariamente incómoda en tanto interroga sus propias evidencias; un pensar que se elige desdisciplinario y por lo tanto se despliega en los límites mismos de lo que ignora, que se compone y descompone en circuitos -lo más rigurosos posibles de problematizaciones recursivas. (A.M.Fernández.2005).

Este fragmento es muy representativo para nuestro trabajo cotidiano, nos encontramos con personas que se encuentran en desventaja frente a las mayorías. Ellos expresan sentirse destratados por las instituciones, no sentirse escuchados. Nos pensamos como un nuevo lenguaje, que sea innovador, que no se instale desde un lugar de poder sino que rompa con eso, que se ubique al lado, en una relación simétrica. Nuestros acompañados nos dicen amigos

terapeutas, aunque para algunos la amistad nos quite profesionalismo. Más bien tiene que ver con un trato amable, de un semejante que resista sobre los modelos estáticos preestablecidos.

Lo que existe no funciona, entonces reinventemos nuevas formas de intervención, la micropolítica busca eso, desde un espíritu revolucionario, desde nuestro lugar. Construyendo con un otro, con una mirada no de la empatía sino desde la ternura, atendiendo las demandas y necesidades genuinas de aquellos que acompañamos.

## Bibliografía

- Bustos G. (2020). Salud pública. El Acompañante Terapéutico un nuevo actor. San Luis. Carballada, A. La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas.
- Chevez Maldestein Alejandro. (2022). Acompañamiento terapéutico en España. Editorial Kuruf.
- Dorfman Lerner. B. Nuevo modo de investigar en psiquiatría: El acompañamiento terapéutico. Acta psiquiátr psico2 Amér lat 1984, 30, 21-58
- Enriquez. P. y Di Pasquale. V. (2002). La Marginalidad y exclusión Social. Una aproximación desde la perspectiva socio-educativa. Nueva Editorial Universitaria.
- Fernández. A. (2005) Tesis Doctoral "Las significaciones imaginarias y la producción de subjetividad. Elucidaciones a partir de un dispositivo grupal-institucional", Facultad de Psicología, U.B.A. Buenos Aires
- Fitterer. F. y Ramos. R. (2023). Actualidad psicológica. Repensando el abandono. Posibles nuevas construcciones subjetivantes. <https://www.actualidadpsicologica.com/repensando-el-abandono-posibles-nuevas-construcciones-subjetivantes/#more-41270>
- García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. A parte rei 74. Revista de Filosofía. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>
- Ley 13634 y 14537. <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/ley/2005/13298/3569>. 2005
- Lilo Espinosa. J.L. (2004) Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. "Crecimiento y comportamiento en la adolescencia" Madrid.
- Nicolescu B. (1998). La transdisciplinariedad, una nueva visión del mundo. Manifiesto. Paris: Ediciones Du Rocher.
- Nun, J. (2001). Marginalidad y exclusión social. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Pavlovsky. E. (2009). Micropolíticas. <https://herramienta.com.ar/?id=849>
- Perrotta, Gabriela Viviana. Buenos Aires, 2004. El embarazo adolescente en un sector de bajos recursos de la Ciudad de Buenos Aires.

- Rossi, G. (2013). Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y su intervención.
- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, 2019. Libro digital, PDF - (Documentos Técnicos del Plan ENIA / Ramos, Silvina; 5)
- Segato Rita. (2018). Contra-pedagogías de la crueldad. 1a ed. Prometeo Libros
- Tuñón, Ianina (2009). Derechos vulnerados en la infancia: abandono, maltrato y pobreza. EDUCA.
- Unicef. (2006). Convención sobre los Derechos del Niño. Para cada infancia, todos los derechos. <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino>
- XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Winnicott D. W. 1965. El proceso de maduración del niño. Barcelona. Editorial Laia