



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título:

**Desafíos para la Inclusión en los Nuevos Dispositivos de Salud Mental desde el Acompañamiento Terapéutico:
Diversidades Sexo Afectivas en el Nivel Primario del Sistema Educativo.**

Autores:

**Gómez, Ramón Sebastián DNI 30.633.196
D'Paula, Liliana DNI 24.247.219**

Director/a:

Lic. Escalante, María Soledad

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación

18/12/23

Firma autor/es

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, desde la mirada del Acompañamiento Terapéutico, tiene como premisa pesquisar las problemáticas en la formación docente de nivel primario. Problemáticas entendidas como dificultades en la atención primaria de la salud (APS). Salud comprendida desde el aspecto integral, donde salud mental forma parte del desarrollo holístico del sujeto y donde la educación es un componente fundamental para la ejecución de proyectos y programas que fortalecen el desarrollo positivo del psiquismo, el acervo de capacidades empáticas y la sensibilidad por las actitudes pro sociales. De la misma manera, este trabajo buscó indagar las características de los dispositivos de salud mental que trabajan con las primeras infancias en las instituciones educativas de nivel primario. Esto se hizo teniendo en cuenta las formas de construcción de la equidad social basándonos en los principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos en relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género. Orientación e identidad sexual que a los efectos de este trabajo de investigación lo nominamos como Diversidades Sexo Afectivas en la infancia.

Los resultados indican una necesidad de seguir trabajando en las conceptualizaciones y prácticas que generen espacios de igualdad y equidad cuando hacemos referencia al paradigma de la inclusión, ya que la inclusión genuina y duradera es la que tiene como base a los Derechos Humanos y los Principios de Yogyakarta en el desarrollo de las infancias. Finalmente, resaltamos que la construcción de la salud mental desde las infancias es un eslabón fundamental y es por ello necesario la formación de Acompañantes Terapéuticos con una mirada integral hacia las Diversidades Sexo Afectivas, como así también es trascendental incorporar en los Dispositivos de Salud Mental a AT especializados en esta temática.

ABSTRACT

The present research paper, from the Therapeutic Accompaniment point of view, has the purpose of investigating different problematic areas in the teaching training course of primary school teachers. These problematic areas are coincident with Primary Health Care. Health that is understood in an integral way and therefore including mental health attention. Mental health care is an undeniable component of any educational project as they allow the development of positive psychological development, empathy abilities and sensitivity towards pro social attitudes. In the same way, this research work investigated the characteristics of mental health devices that work with infants in the primary school system. This investigation's theoretical background is based in the Principles of Yogyakarta: Principles on the international legislation of Human Rights related to Sexual Orientation and Gender Identity. Gender Identity that in this work is nominated as "Sexual Affectivity and Diversity " during the infancy period.

The results indicate a great necessity to keep working in the conceptualizations and practices that may generate equity spaces when we refer to the inclusion paradigm, as genuine and long lasting inclusion is the one that has Human Rights and Yogyakarta principles as a basis during the infancy time. Also, we highlight that mental health construction during infancy is an essential component and thus it is necessary for academic development of the Therapeutic Companions with an integral view towards Sexual Affectivity and Diversity. Finally, it is transcendental to incorporate into the mental health devices Therapeutic Companions specialized in this sensitive area.

ÍNDICE

Resumen.....	Pág. 3
Abstract.....	Pág. 5
Índice.....	Pág. 7
1. INTRODUCCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA	Pág. 9
1.1 Objetivo general.....	Pág. 9
1.2 Objetivos específicos.....	Pág. 10
1.3 Hipótesis.....	Pág. 11
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	Pág. 12
2.1 Paradigma.....	Pág. 12
2.2 Tipo de Investigación.....	Pág. 12
2.3 Unidad de análisis, población y muestra.....	Pág. 12
3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	
3.1 Técnicas.....	Pág. 13
3.2 Instrumentos.	Pág. 14
4. MARCO TEÓRICO	Pág. 15
4.1 EL PARADIGMA DE LA INCLUSIÓN EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA.....	Pág. 15
4.2 Inclusión en la infancia: Un desafío inscripto en el rol del Acompañante Terapéutico.....	Pág. 16
4.3 Salud mental en las infancias: una mirada desde el paradigma del acompañamiento terapéutico.....	Pág. 18
4.4 Salud Colectiva y la intervención temprana del Acompañante Terapéutico.....	Pág. 20
4.5 El varón como factor de riesgo para las Diversidades Sexo Afectivas: Masculinidad, Salud Mental y Salud Reproductiva.....	Pág. 25
4.6 Ley De Salud Mental y el rol del Acompañante Terapéutico con formación en Diversidades Sexo Afectivas.....	Pág. 27

4.7 Pautas para la organización y funcionamiento de los dispositivos de salud mental: Una mirada desde el AT a las posibilidades en la atención en las infancias.....	Pág. 31
4.8 Ley de trato digno: el trato hacia las infancias.....	Pág. 32
4.9 Ley de Identidad de género: Un foco hacia la construcción de infancias integrales.....	Pág. 33
4.10 DIVERSIDADES SEXO AFECTIVAS EN LAS PRIMERAS INFANCIAS Y EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO:.....	Pág. 35
4.11 Identidad de género en la infancia.....	Pág. 35
4.12 Orientación sexo afectiva.....	Pág. 37
4.13 Formas de construcción de la relación.....	Pág. 38
4.14 Formas de construcción de la sexualidad	Pág. 38
4.15 Formas de expresión del género en la infancia.....	Pág. 38
4.16 Poblaciones travestis, trans y los tratamientos de hormonización en las infancias.....	Pág. 40
5. TRABAJO DE CAMPO	Pág. 42
5.1 Análisis de los resultados obtenidos.....	Pág. 42
5.2 Proyecciones en relación a la problemática abordada.....	Pág. 52
5.3 Conclusiones.....	Pág. 53
5.4 Anexos.....	Pág. 56
5.5 Referencias bibliográficas.....	Pág. 66

1. INTRODUCCIÓN

La falta de formación docente de nivel primario en temáticas de Diversidad Sexo Afectiva conlleva a dificultades generales en la Atención a Diversidad e Inclusión educativa. Esto a su vez establece escenarios sociales no propicios para interdisciplinariedad y la atención integral del sujeto desde el Acompañamiento Terapéutico. El presente trabajo de investigación se desarrollará en dos provincias argentinas: Neuquén y Misiones (Eldorado), donde el genuino interés por la diversidad y la integración social desde etapas tempranas se ha convertido en una prioridad.

Existe consenso en que la integración de los estudiantes, sujetos sociales, no puede ocurrir sin una fuerte intervención del maestro o los dispositivos terapéuticos presentes en la educación primaria. Para ello, es necesario identificar el lugar central del docente en la educación y mostrar que el progreso en estas temáticas es posible con una mejor comprensión, formación y sensibilidad social. Los dispositivos de salud mental que incluyan al Licenciado en AT¹ (especializados en temáticas de género) en la atención de las primeras infancias son un puente insoslayable para la educación inclusiva. Es decir que la formación docente en temáticas de género, como así también sus dispositivos de integración, constituyen necesariamente una forma de atención primaria de la salud (APS) e implica la aceptación de la diversidad sexo afectiva no como problema o como elemento segregacionista, sino como un reto que brinda la oportunidad de enriquecimiento humano y cognoscitivo a todos los actores involucrados en el proceso educativo primario, hecho educativo que en sí mismo es un hecho social, histórico, cultural y, como lo mencionamos previamente, un eslabón primordial en la APS (Atención Primaria de la Salud).

Desde este trabajo se indagará sobre las necesidades de la formación docente de nivel primario en relación a la diversidad sexo afectiva como instrumento favorable para inclusión integral. Asimismo, se buscará detallar si los dispositivos terapéuticos presentes en las instituciones educativas nivel primario cuentan con profesionales, especialmente ATs, formados en perspectiva de género para acompañar de manera específica a las diversidades sexo afectivas. Esto conlleva a la necesidad de discutir la importancia del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico, con formación en temáticas de género y derechos humanos, como eslabón esencial en los equipos de intervención en salud mental en escolaridad primaria, ya que su rol permitirá establecer

¹ Acompañamiento Terapéutico

y propiciar espacios plurales de inclusión, orientando al equipo en la singularidad del tratamiento de los infantes pertenecientes a las comunidades LGTBQ². Recordemos que, en base a la Declaración de Alma Ata (1978), la Atención Primaria de Salud (APS) sigue siendo la estrategia sanitaria más adecuada para construir sistemas de salud equitativos y de calidad que garanticen la atención directa a las personas, las familias, así como a las comunidades para que puedan tener servicios integrales que consideren los determinantes sociales de la salud y favorezcan una vida sana, productiva y con dignidad para alcanzar el derecho a la salud.

Una escuela abierta a la diversidad requiere de docentes capaces de reconocer la heterogeneidad como premisa ineludible, haciendo propia la consigna de que “*todos los niños pueden aprender*”, adaptando las enseñanzas a las necesidades y ritmos del aprendizaje individual. Pero todo esto no se puede ver reflejado si los docentes no tienen la capacitación pertinente en el abordaje del tema. Minimizar o ignorar este punto significa limitar el acceso a las infancias y crear escenarios de inequidad pedagógica, cultural, social y de atención primaria a la salud.

1.1 OBJETIVO GENERAL:

Analizar, desde el rol del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico (L.A.T.), las realidades en Inclusión Educativa, escudriñando la formación docente de nivel primario y los dispositivos terapéuticos presentes en el mismo nivel. Para ello se prestará especial interés en un área específica y sensible del proceso de inclusión: las diversidades sexo afectivas, con su correspondiente impacto para la atención integral del sujeto desde los dispositivos de salud mental.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar, a nivel nacional, desde el Rol de A.T., las propuestas políticas de formación docente de nivel primario, en materia de Diversidad e Inclusión en general.
- Describir, a nivel jurisdiccional, los planes de estudio de formación docente de nivel primario, haciendo énfasis en los contenidos (si los hay) relacionados a las Diversidades Sexo Afectivas, en ambas provincias: Río Negro y Misiones.
- Detallar si los dispositivos terapéuticos dedicados a la atención de la Diversidad e Inclusión, presentes en el nivel primario del sistema educativo de ambas

² Lesbianas, gays, travestis, transgéneros, bisexuales, queer.

provincias: Neuquen y Misiones, cuentan con Licenciados en A.T., o especialistas con formación en perspectiva de Diversidades Sexo Afectivas.

- Destacar la importancia del rol del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico con formación en Diversidades Sexo Afectivas y Derechos Humanos.
- Desde el Rol del A.T, con formación en Diversidades Sexo Afectivas, hallar espacios de mejoras plausibles y realizar propuestas tanto a la formación docente de nivel primario como a los dispositivos terapéuticos del mismo nivel educativo, favoreciendo así la inclusión genuina de las infancias, contemplando una APS que potencialice la salud mental y el desarrollo integral de sus usuarios.

1.3 HIPÓTESIS

Hipótesis 1: La formación docente de nivel primario en temáticas de Diversidad Sexo Afectiva, como así también sus dispositivos terapéuticos, establecen escenarios sociales propicios para interdisciplinariedad, la protección primaria de la salud mental y la atención integral del sujeto desde la mirada del Acompañamiento Terapéutico.

Hipótesis Nula: La falta de formación docente de nivel primario en temáticas de Diversidad Sexo Afectiva, como así también sus dispositivos terapéuticos, establecen escenarios sociales no propicios para interdisciplinariedad, la protección primaria de la salud mental y la atención integral del sujeto desde la mirada del Acompañamiento Terapéutico.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 Paradigma

El presente trabajo de investigación se encuadra dentro del paradigma Cualitativo. Max Weber (1864 -1920) citado en Cuenya y Ruetti (2010) es denominado el pionero del estudio cualitativo, quien expone que en las ciencias sociales deben considerarse los significados subjetivos y la comprensión del contexto donde ocurre un fenómeno, más allá de las mediciones que se pudieran hacer sobre ellos.

2.2 Tipo de Investigación

De acuerdo a la clasificación propuesta por Dankhe (1986), el presente trabajo posee carácter de investigación descriptiva, debido a que tiene como objetivo preparar el terreno para próximas investigaciones de tipo correlacionales y explicativas.

Según Sampieri (1998), los estudios descriptivos permiten detallar situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno y busca especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

2.3 Unidad de análisis, población y muestra:

Unidad de análisis: A) Políticas públicas de formación docente a nivel nacional y jurisdiccional en dos Pcias. Argentinas (Neuquén y Misiones). B) 1 referente político (secretario escolar o su equivalente en educación primaria) quien pueda brindar información sobre los dispositivos de salud mental en el nivel. C) 1 referente en materia educativa de formación docente de educación primaria. También participarán 5 (cinco) docentes titulares de nivel primario de cinco instituciones primarias públicas diferentes, quienes cuentan con información significativa en la praxis de la Atención a la Diversidad y la Inclusión Educativa.

La población que se desea estudiar, más concretamente, está compuesta por 1 secretario escolar que es referente zonal, 1 referente institucional de 1 ISFD³ zonal en materia de educación, en cada una de las provincias, y 5 docentes titulares, en nivel

³ Instituto Superior de Formación Docente

primario, quienes poseen 10 años de antigüedad instituciones públicas. Las escuelas públicas se elegirán por método aleatorio.

Muestra: La muestra de estudio estará constituida por un total de 14 participantes (70 % femenino y 30 % masculino) que cumplieron con los criterios establecidos anteriormente, los cuales pertenecen en su totalidad a la Pcia. de Neuquén y la Pcia. de Misiones, 50% y 50 % respectivamente.

3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.1 Técnicas

Las técnicas que se utilizarán para la presente investigación serán:

- 1) La Observación in situ (sistemática, intencionada y controlada) del contexto escolar de nivel primario, de las 5 escuelas seleccionadas al azar, es decir una observación con un objetivo y guiada por un cuerpo de conocimientos que se explicita en el presente marco teórico.
- 2) Según el papel del observador, será no participante, dejando de lado la opción participante (o etnológica, que proviene de la antropología social).
- 4) Entrevista semi estructurada al secretario escolar jurisdiccional de nivel primario público, en cada Pcia. respectivamente.
- 5) Entrevista semi estructurada a 1 referente del ISFDC presente en la región quien brindará información en materia de formación docente de nivel primario, en cada una de las pcias. respectivamente.
- 6) Cuestionario de tipo abierto y cerrado, dirigido a los 5 docentes, de 1° a 7° grado, de 5 escuelas primarias públicas seleccionadas al azar, en cada una de las pcias. respectivamente.

3.2 Instrumentos

Inicialmente, para obtener información del tema a investigar, se utilizará como instrumento la entrevista dirigida al Secretario/a Escolar Regional, la cual está compuesta por 10 ítems, con preguntas estructuradas y semi estructuradas, las cuales explorarán las características generales y específicas, en materia de Atención a la Diversidad Sexo Afectiva e Inclusión en el nivel primario.

Se buscará obtener información contextual e histórica que pueda servir en la comprensión general de la gestión en materia de Atención a la Diversidad e Inclusión Educativa (políticas institucionales del CGE⁴ que puedan cristalizarse en los Proyectos Curriculares Institucionales - P.C.I - o los Contratos Fundacionales de las instituciones de la región).

La segunda entrevista, que envuelve a un referente educativo del IFDC presente en la región, explorará qué aspectos son tenidos en cuenta o que se encuentran en acción en la formación docente de nivel primario que se relacionan con la Atención a la Diversidad e Inclusión, desde el paradigma sexo afectivo. También en esta entrevista se valorarán aquellos hallazgos que permitan comprender la función y rol docente como facilitador en la atención integral interdisciplinar de los sujetos, relacionándolo con la función de los Licenciados en Acompañamiento Terapéutico.

La tercera parte de esta pesquisa, un cuestionario de 20 preguntas, dirigido a docentes, buscará dar cuenta de aspectos generales y específicos de la praxis docente que en problemáticas de la Atención a la Diversidad e Inclusión, prestando especial énfasis a la atención de las diversidades sexo afectivas. Asimismo, se cotejarán las propuestas vigentes de Formación Continua y sensibilización a la cual se puede acceder en los territorios respecto de esta temática específica de investigación.

La utilidad de dicho instrumento se valida en la calidad / veracidad de la información obtenida y en su potencial de aportar a la comprensión del objeto de estudio, tanto en la indagación de la problemática general, como en la de los objetivos específicos, planteados al inicio de esta investigación.

⁴ Consejo General de Educación

4. MARCO TEÓRICO

4.1 EL PARADIGMA DE LA INCLUSIÓN EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA

La integración se basa en la normalización de la vida de los alumnos con necesidades educativas especiales; sin embargo, la inclusión se presenta como un derecho humano, por lo que se trata de un objetivo prioritario a todos los niveles y que, además, se dirige a todos los alumnos y a todas las personas, pues la heterogeneidad es entendida como normal (Ainscow, 2001).

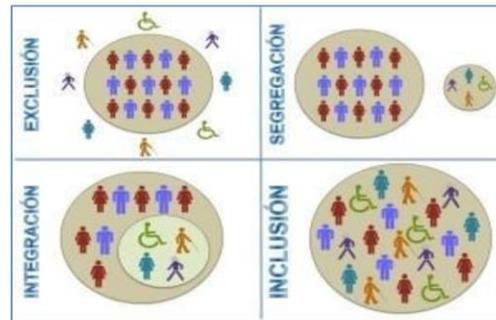


Imagen N 1: Fuente de la imagen <http://www.dobleequipovalencia.com/>

La integración se centra en los alumnos con necesidades educativas especiales, para los que se habilitan determinados apoyos, recursos y profesionales, mientras que la inclusión se basa en un modelo socio comunitario en el que el centro educativo y la comunidad escolar están fuertemente implicados, conduciendo al mejoramiento de la calidad educativa en su conjunto y para todos los alumnos. Se trata de una organización en sí misma inclusiva, en la que todos sus miembros están capacitados para atender la diversidad. Diversidad que a los términos de esta investigación incluirá a las diversidades sexo afectivas en las infancias (Ainscow, 2001).

La integración propone la adaptación curricular como medida de superación de las diferencias de los alumnos especiales; la inclusión propone un currículo común para todos en el que implícitamente vayan incorporadas esas adaptaciones, que, desde el campo del AT, esas adaptaciones deberían ser colectivas y con una visión de la atención temprana e integral del cuidado de la salud mental. Atención temprana de la salud mental comprendida desde un paradigma de la atención a las diversidades sexo

afectivas desde las infancias. El currículo no debe entenderse como la posibilidad de que cada alumno aprenda cosas diferentes, sino más bien que las aprenda de diferente manera. La integración supone, conceptualmente, la existencia de una anterior separación o segregación. Una parte de la población escolar que se encuentra fuera del sistema educacional regular se plantea que debe ser integrada a éste. Como se detecta cada vez más temprano, existen colectivos minoritarios en los cuales las conceptualizaciones de cuidado a la salud mental no la contemplan, al menos, inicialmente. En este proceso el sistema permanece más o menos intacto. La inclusión supone un sistema único para todos, lo que implica diseñar el currículo, las metodologías empleadas, los sistemas de enseñanza, la infraestructura y las estructuras organizacionales del sistema educacional de modo tal que se adapten a la diversidad de la totalidad de la población escolar. Esta diversidad de la población escolar incluye a las diversidades sexo afectivas desde la infancia. De esta manera resaltamos que la inclusión es un componente de la mirada integral de la salud mental y del fortalecimiento de ésta desde etapas tempranas del desarrollo del psiquismo.

4.2 Inclusión en la infancia: Un desafío inscripto en el rol del Acompañante Terapéutico.

En el marco teórico de esta investigación se abordarán los conceptos legales de la “Ley de Inclusión” partiendo desde lo que establece de la UNESCO, se tendrá en cuenta también lo establecido en la Ley de Educación Nacional 26.206, Ley de Educación de la Provincia de Misiones y Neuquén; y la Resolución Federal 311/16, las cuales hacen mención de la inclusión, pero desde diferentes planos.

La UNESCO⁵ define la inclusión como una estrategia dinámica para responder a la diversidad de los estudiantes y respetar las diferencias individuales no como problema sino como oportunidades para enriquecer los aprendizajes. Las diferencias en educación son lo común y no la excepción y la inclusión consiste precisamente en transformar de manera efectiva el sistema educativo para responder a la diversidad de estudiantes.

La Ley de Educación Nacional N° 26.206, se propone garantizar la inclusión educativa a través de políticas universales, estrategias pedagógicas y asignación de recursos que otorguen prioridad a los sectores más desfavorecidos; lo que da cuenta de un nuevo

⁵ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

paradigma, una nueva mirada y posición frente a la infancia, los niños y las niñas, pues son hoy sujetos de derechos. Esta ley brinda el marco normativo para orientar acuerdos sobre el diseño e implementación de las políticas educativas y para llevarse a cabo es necesario no solo la buena voluntad política del gobierno nacional y de los gobiernos provinciales, sino de acciones concretas y tomar la decisión de hacerla efectiva.

La Ley de Educación Nacional 26.206 permite a las personas portadoras de discapacidad el acceso a la educación en los distintos niveles (desde el inicial hasta el superior). Fue sancionada el 16 de diciembre del 2006 para luchar contra la desigualdad y la discriminación en los ámbitos educativos. Desde este trabajo vemos que la discriminación no es solo de "acceso" a la educación, sino que también se da en la no atención de las diversidades sexo afectivas de las infancias que transitan las primeras instituciones donde se da su "educación". La ley 26.206, en varios de sus artículos, manifiesta las obligaciones del Estado de proteger y brindar las condiciones necesarias para que los portadores de discapacidad puedan acceder y permanecer dentro de las instituciones públicas y privadas. Pero no menciona a la educación como un dispositivo formal que influye en el desarrollo de la salud mental de los sujetos. Es por eso que desde la formación de AT vemos que es necesario resaltar la integralidad del proceso educativo ya que es un espacio temprano para la construcción de la salud mental colectiva.

Los artículos 42, 43, 44 y 45 de la Ley que protegen los derechos inclusivos están en el capítulo 8, que regula la Educación Especial, desde el Nivel inicial hasta el Superior, de la siguiente manera:

- ARTÍCULO 44.- [...] Con el propósito de asegurar el derecho a la educación, la integración escolar y favorecer la inserción social de las personas con discapacidades, temporales o permanentes, las autoridades jurisdiccionales dispondrán las medidas necesarias para:
 1. Posibilitar una trayectoria educativa integral que permita el acceso a los saberes tecnológicos, artísticos y culturales.
 2. Contar con el personal especializado suficiente que trabaje en equipo con los/as docentes de la escuela común. Aquí vemos la necesidad de la integración del perfil profesional de los Licenciados en AT.
 3. Asegurar la cobertura de los servicios educativos especiales, el transporte, los recursos tecnológicos y materiales necesarios para el desarrollo del círculo escolar.

4. Propiciar alternativas de continuidad para su formación a lo largo de toda su vida.
 5. Garantizar la accesibilidad física de todos los edificios escolares.
- ARTÍCULO 45.- [...] creará las instancias institucionales y técnicas necesarias para la orientación de la trayectoria escolar más adecuada de los/as alumnos/as con discapacidades, temporales o permanentes, en todos los niveles de la enseñanza obligatoria, así como también las normas que regirán los procesos de evaluación y certificación escolar. [...] participarán en mecanismos de articulación entre ministerios y otros organismos del Estado que atienden a personas con discapacidades, temporales o permanentes, para garantizar un servicio eficiente y de mayor calidad.

Para proteger y garantizar los derechos de las personas con discapacidades temporales y permanentes es necesario que toda la sociedad conozca y se apropie de lo que dice la Ley de Inclusión como así también del aporte que los Licenciados Acompañamiento Terapéutico pueden aportar a la elaboración de procesos subjetivos. Así creamos una comunidad con condiciones más igualitarias, y verdaderamente inclusiva. No obstante, para hablar de la genuina inclusión en las infancias es necesario movernos un paso más adelante y pensar al paradigma de la inclusión desde las Diversidades Sexo Afectivas. Pensar en la inclusión temprana de las diversidades sexo afectivas en pensar en atención temprana de la salud mental.

4.3 Salud mental en las infancias: una mirada desde el paradigma del Acompañamiento Terapéutico

Para dar inicio a este marco teórico es importante definir el paradigma de salud mental desde el cual abordaremos este trabajo. Tomamos el concepto de salud mental de 1983 de Vicente Galli, en ese entonces director de salud mental en Argentina. Para Galli la salud mental es un estado de equilibrio relativo, de elementos culturales, de las personas que lo conforman y del campo de lo grupal. Dentro de su teoría, las crisis del sujeto no significan necesariamente enfermedad. Hay crisis previsibles y no previsibles. Las crisis de los ciclos vitales son normales de acuerdo a Vicente Galli. Las crisis pueden ser registrables objetivamente (mediante un diagnóstico) y subjetivamente (un duelo). La participación activa en los grupos y en las comunidades es un signo de salud. Desde Vicente Galli, la productividad a la que refiere la OMS⁶ en su caracterización de la salud

⁶ Organización Mundial de la Salud

mental está relacionada con la adaptación activa a la realidad, aspecto también abordado desde teoría pichoniana, lo cual permite escapar de las situaciones estresantes. Salud Mental es entonces poder transitar una situación negativa sin reprimirla, pero pudiendo hacer algo productivo o creativo con ella. Ser productivo con lo que nos pasa a nivel subjetivo. Poder elaborar el malestar y poder procesar la situación junto con otros.

Para Freud, la salud mental es sinónimo de poder gozar, amar y trabajar. Toda psicología individual es desde un principio y primeramente social. Sin "alguien" no hay sujeto, no hay salud sin un otro. Esta idea del 1983 está en total concordancia con la actual ley de salud mental: El sujeto como actor social y dotado de derechos humanos.

Vicente Galli se explaya en la idea de sujeto. El individuo nos remite a la idea de indivisos. El sujeto nos hace relación a la idea de sujeción, una sujeción al propio inconsciente. En términos sociales Sujeto implica sujeto de la cultura, sujeto del grupo, las cuales son coordenadas de funcionamiento. Sujeto implica la idea de sujeción al inconsciente y a lo social.

Para Freud, el sujeto no es un concepto construido explícitamente, es algo más que surge en las entrelineas, se presenta como el nombre del deseo. Se muestra extraño y ajeno al yo porque es inconsciente, oriundo de los imperativos de la pulsión. Él es el que insiste, la repetición que se impone. El trabajo del AT en esta conceptualización se transforma en un canal para expresar con mayor facilidad ese deseo y esa singularidad al equipo de salud mental.

Cuando hablamos del AT como espacio vincular hablamos del AT como instancia de subjetivación, esto se funda en la teoría que establece que el psiquismo es abierto, todo el aparato psíquico se constituye en los primeros 5 años de vida, los encuentros significativos producen nuevas inscripciones y nuevas subjetividades, en esa experiencia vincular se produce una nueva inscripción, pues hay orígenes varios para la subjetividad. Nuevamente aquí vemos reflejado el rol del AT en el proceso de construcción de la salud mental desde las primeras infancias, que es el eje de investigación en este trabajo. El AT es una instancia de la subjetivación, el sujeto se subjetiva no solo en el momento del complejo de Edipo sino en vínculo horizontal con el AT. Desde esta mirada a la salud mental, se trabaja con el concepto de descentramiento, queremos sacar el momento de centro del complejo de Edipo, ya que los niños se subjetivan en diferentes situaciones aparte de la familia y el edipo, como por ejemplo con las pantallas de dispositivos, con los momentos de actividades

artísticas, en la escuela, el juego. El AT es otra instancia de subjetivación. Desde la perspectiva de la complejidad, Edgar Moran, trabaja con la idea de conjunción y no de la disyunción, entonces nos edificamos desde lo edípico, la fraternidad, la pantalla, etc. Tenemos una legalidad vertical que tiene que ver con los otros profesionales del equipo y el contexto, y una legalidad horizontal, donde el AT tiene una paridad con el paciente, pero esta paridad no es igualdad en situacionalidad pues debe surgir una organización, una planificación de la intervención terapéutica entre el AT y el paciente.

4.4 Salud colectiva y la intervención temprana del Acompañante Terapéutico

En consonancia con el concepto de salud mental que abordamos al principio de esta investigación, preferimos el término de salud colectiva, el cual es el campo de investigaciones que se han dado en nuestro continente de habla hispana y portuguesa, su objeto de estudio es el proceso de salud – enfermedad - atención (PSEA). La salud social nace en el centro de Europa, centro de Alemania e Inglaterra a principio y mediados del 1830 y 1850 con la medicina social, con dos grandes autores Gurchow y John Snow que son uno de los primeros epidemiólogos sociales. Epi: es lo que está ocurriendo; Demio: viene del pueblo; Logos: es un conocimiento específico. Entonces estamos hablando del conocimiento de aquello que está ocurriendo, busca las razones por las cuales se enferman las poblaciones, cómo se distribuyen las enfermedades, de qué mueren las personas, como están distribuidos. Epidemiología clásica.

A mediados del siglo XX en AL⁷ Se producen grandes investigaciones, movidas por organizaciones sociales, con movimientos académicos, sindicatos, agrupaciones que exceden el mundo de la medicina, que generan lo que llamamos la medicina social. En LA termina confluyendo en lo que denominamos salud colectiva. Esta conceptualización de la salud mental es muy crítica dentro del pensamiento del modelo biomédico. Eduardo Menéndez, cuyos aportes son muchísimos, critica el modelo hegemónico usando el concepto de hegemonía de Gramsci, el cual lo aplica al modelo de salud – atención, el modelo hegemónico es la bio medicina clásica, la medicina social LA incorpora lo social y los médicos tienden a confundir con el modelo biomédico.

La Salud Colectiva (SC) es un campo amplio. La salud colectiva también conlleva la existencia de epidemiólogos que responden al modelo de salud colectiva y al paradigma

⁷ América Latina

crítico y que ya no conversa tan amablemente con la epidemiología clásica. La SC plantea de manera especial el término de lo colectivo. Para la epidemiología clásica la población es una expresión numérica de individualidades: no son importantes los rasgos, raza, etnia, género, sexo, etc. El planteo de lo colectivo dentro del campo de la salud, no establece a los sujetos como una suma de individualidades a priori, toma la población desde un espectro mucho más global donde es muy difícil desentrañar los rasgos de las individualidades, es un planteo que el colectivo es mucho más que la suma de las partes. En AL, la salud colectiva toma un sesgo crítico respecto de los determinantes sociales de la salud: económicos, culturales, productivos, de género, geográficos y territoriales, es decir diferentes determinantes desarticulados en una primera instancia. La salud colectiva plantea que la salud mental es mucho más sistémica y de producción. Jaime Braile, autor ecuatoriano, establece que la Salud Colectiva Latino Americana va a estar caracterizada por tres grandes sistemas: el capitalismo, el patriarcado, la colonia. La determinación social es pensada de manera capitalista, patriarcal y de colonia. La epidemiología crítica de Jaime Braile plantea la determinación social de la salud Vs. los determinantes sociales de la salud, además plantea el concepto andino de salud, que es el de buen vivir, en lengua Quechua sumajcausai, tomada por la OPS, en términos de Jaime, permite pensar en procesos de las comunidades que protegen el buen vivir, la importancia de la protección de la comunidad, la protección organizada del buen vivir, la importancia de lo espiritual, de lo natural, de lo desgenerado, y de los sistemas de cuidado. De esta forma, la salud colectiva se opone al capitalismo, a lo colonial, lo racializado, y de las violencias que forman más violencias.

Menéndez también realiza un aporte importante a la epidemiología (etnografía) y el proceso salud - enfermedad y atención, en la cual incorpora las categorías socio culturales, la atención integral en los equipos de salud o de atención y en ese proceso de atención propone la existencia de médicos tradicionales y cuidadores, lo que da espacio al rol de los AT como parte del proceso de SEA en salud mental. El autor plantea además cómo se llevará adelante el cuidado del padecimiento subjetivo incluyendo a los sanadores populares y a los curanderos como grandes portadores del conocimiento. El alcoholismo, por ejemplo, en el modelo biomédico no tiene solución. Lo atienden al sujeto cuando hace cirrosis, pero no como una problemática social, esto es estudiado por Menéndez en su libro "Morir de Alcohol" en el cual resalta el genuino proceso de atención que se debe llevar adelante desde los equipos con una mirada de salud colectiva. (Menéndez, cap. 4, Grupos De Autoayuda O Grupo De Autoconvocados, Grupos De Auto Sanación).

Silva Paim, desde el Instituto de salud colectiva de Brasil, Movimientos En El Campo Social De La Salud, nos ofrece un recorrido histórico por distintos movimientos políticos, sociológicos e ideológicos de la salud colectiva, ubicando características principales, en orden de aparición:

Policia medica

Higiene

Sanitarismo

Medicina social (salud colectiva)

Medicina preventiva

Medicina comunitaria

Medicina familiar

Vieja y nueva salud pública – (hasta acá se gestaron en países del primer mundo)

La salud colectiva de base Latinoamericana de los años 1970 tiene la particularidad de la transdisciplinariedad: epidemiología, ciencias sociales, y planificación y gestión en salud. Hay otras disciplinas auxiliares como la estadística. La medicina social es base del marco de salud colectiva, toma principios de la medicina social que demuestra el carácter social de las enfermedades y las prácticas médicas, las cuales están inmiscuidas en relaciones sociales. La salud colectiva latinoamericana arma su propio marco conceptual a partir de autores latinoamericanos, llegando a la epidemiología crítica o epidemiología social.

Normar de Almeida Filho, en su obra Introducción a la Epidemiología, como así también Asa Cristina Laurel, referente de la epidemiología social, hicieron aportes muy significativos a la salud colectiva. Ésta última participó en México. Con su estudio social del proceso de salud - enfermedad (S-E) en AL hace descubrimientos importantísimos sobre los que basamos este trabajo de investigación. Además, nombra a la salud colectiva como medicina social (que surge en Francia, Inglaterra, y Europa en gral.). La S-E ya no es expresión de procesos biológicos, sino de expresiones sociales, se piensa en una unidad social - biológica. Es por ello que a partir de esta autora cuando hablamos de una enfermedad nombrar lo biológico es insuficiente. Historizar el surgimiento de la salud colectiva a finales de los 60 como escape o solución al quiebre en el paradigma de la salud pública. Se creía que las mejoras en las condiciones de salud iban a mejorar lo social y eso no sucedió porque había desigualdad en salud, mortalidad, desnutrición, accidentes laborales, patologías crónicas, tasas de morbimortalidad, había diferencia en

el acceso a la salud pública, Laurel estudia proceso de trabajos, puestos de trabajo, capitalismo, materialismo histórico, para pensar cómo inciden en la salud. El enfoque médico era insuficiente. Los movimientos sociales empiezan a aparecer. La esperanza de vida se modificó. Problematisa cómo entendemos lo social, no como factores aislados como la alfabetización, localización de vivienda, acceso a la salud, sino que el contenido de esos factores son determinantes de la salud. Los factores de riesgo lo solemos ver como algo aislado, pero es parte de lo enteramente social.

La Salud Comunitaria: implica términos localizados en una comunidad con lazos y redes que lo caracterizan: Familia. Se comparten valores, normas, etc. Es más micro.

Salud Colectiva: implica términos poblacionales o de colectivos. Por ejemplo, la salud de una región total o de un país, o de un colectivo minoritario en relación a su espacio social. Es decir, es más macro.

Aguirre aporta en la teoría del Proceso De Salud - Enfermedad la noción de proceso que trasciende lo biológico, hay formas de atención que son construcciones sociales y culturales. Las formas de tratar a la salud son sociales y culturales. La teoría de etiquetación social de Goffman, en este contexto, refleja la carrera del paciente mental, pues da cuenta cómo las instituciones etiquetan a través de las mismas instituciones en las que transitan, las cuales poseen rutinas rígidas, normas históricas. La cárcel, por ejemplo, sigue siendo de exclusión total. Es por ello que este autor se explora en las determinaciones sociales de la salud: lo macro (el género, el trabajo, apoyos sociales, estilos de vida, calentamiento global). Todos estos determinantes influyen en la salud de los sujetos. Las personas estamos atravesadas por historias de cómo se cura, y también por la biomedicina y otras formas alternativas.

Jaime Braille, desde la epidemiología crítica explica la convergencia entre la Academia y los saberes populares, la ciencia y el conocimiento popular social, los lazos entre la ciencia y la praxis social. Su epidemiología crítica es un movimiento que busca entender los procesos de salud y enfermedad de los colectivos, ubicando a las condiciones socioeconómicas y a los principales determinantes de la salud, las cuales son las formas de trabajo y otros factores psicosociales que influyen en la salud y enfermedad. La Epidemiología Crítica hace foco en los saberes populares, ya que no es importante solamente el discurso hegemónico médico, sino la interdisciplinariedad, la interculturalidad, la promoción del diálogo, la intersubjetividad, y el discurso meta crítico (análisis de las realidades socioeconómicas y psicosociales: el capitalismo, los modos de vivir, la clase social y el género, el estilo de vida, los hábitos, la rutina de la persona,

con quienes nos relacionamos, lo que comemos, el ambiente donde vivimos, la calidad de los servicios de salud con lo que contamos). La salud, desde este paradigma implica el acceso a derechos fundamentales. Hay factores promotores y protectores de la salud. Los determinantes pueden ayudar para salud como también para la enfermedad.

Luciano Fabri, politólogo, se expone en la politización de las masculinidades y nos invita a re problematizar esta categoría y su vínculo con la salud. Lo que conocemos como varón es una categoría social y política. Construida a partir del dispositivo de masculinidad. El autor hace un recorrido sobre cómo se fue construyendo el concepto de género, el cual es de carácter cultural e histórico porque el discurso va cambiando. Incluye una perspectiva relacional, analizar las relaciones generizadas en una relación dialéctica, es decir analizar lo masculino en relación a lo femenino y viceversa, pues los estudios de masculinidad fueron hechos por masculinos, donde hay diferencias con otros varones, diferencias con mujeres, con niños y adolescentes. El autor expresa la versatilidad con la que cambian las definiciones de género. La naturalización del sexo trae como consecuencia una despolitización del sexo varón. La masculinidad hegemónica o cultural, cuestiona a ésta. No es suficiente estudiar a la masculinidad desde la hegemonía masculina blanca. El autor problematiza la masculinidad hegemónica como mandato cultural, da lugar a la construcción de nuevas masculinidades, pero esto no justifica a las relaciones de poder que dan jerarquía y derechos. Esto nos da nuevamente espacio para la intervención a los AT en el proceso de salud – enfermedad, teniendo ahora como premisa el cuidado de las diversidades sexo afectivas desde un paradigma de derechos humanos.

4.4 El varón como factor de riesgo para las diversidades sexo afectivas: masculinidad, salud mental y salud reproductiva desde la propuesta de Benno de Keijzer

Riesgos para niños y niñas

En el Museo del Hombre Dominicano, en Santo Domingo, hay una vitrina que contiene dos antiguos esqueletos petrificados. Uno de los esqueletos corresponde a un hombre acurrucado cómodamente en posición fetal. Apretado contra éste, el segundo pertenece a una mujer cuyas extremidades están contorsionadas. Su boca, abierta en un espasmo,

muestra una perfecta dentadura y tierra petrificada donde una vez estuviera su lengua. Era costumbre de los taínos enterrar viva, a su lado, a la esposa favorita del hombre. De esta manera, esa mujer desconocida, una joven cuyos dientes una vez brillaban, yace en eterna agonía y horror, la boca abierta en un grito o un espasmo final por falta de aire, al lado de ese hombre desconocido que la consideraba su favorita". (Michael Kaufman, 1989)

Esta imagen terrible condensa el significado histórico del patriarcado y la forma en que puede llevar a la mujer a la misma muerte. Pero no solamente a la mujer sino a las diversidades sexo afectivas. Para quien considere que esto es historia o simple arqueología, podemos mencionar que aun hoy día el gobierno hindú tiene problemas para hacer cumplir una ley que prohíbe la cremación en vida de las viudas de personajes masculinos que fallecen y que aún esperan que ellas los acompañen hacia la otra vida. En el otro extremo de la vida, en la misma India se realizan abortos selectivos (en su mayoría con embriones femeninos) una vez comprobado este devaluado sexo a través de una amniocentesis. Esto empieza a ser preocupación en varios países más donde cada vez es más factible la selección del sexo y donde la preferencia por los hombres, cis género, es manifiesta.

Goldner y Ramírez trabajan en esta temática para erradicar la violencia de género. En el campo de lo sexual el problema es también bastante serio. La mayor parte de los hombres hemos sido socializados en una concepción en la que se cosifica a la mujer y en donde la sexualidad se convierte en un campo no de encuentro con la mujer sino de ejercicio del poder y de afirmación de una masculinidad basada en la potencia y el volumen de los genitales.

También existen otros ejercicios de poder relacionado con el género y las ETS⁸, como el VIH⁹, en el cual hombres seropositivos de la ciudad de México aceptan haber contagiado intencionalmente a sus parejas para no irse solos de este mundo. El embarazo impuesto y la falta de participación masculina en la anticoncepción constituyen otra arista de esta problemática. La participación masculina durante embarazo (salvo el momento de la concepción) y en la posterior paternidad también es limitada. El abandono de la pareja por iniciativa femenina es un fenómeno más bien urbano, pero se va dando crecientemente, como lo señala Soledad González, en el medio rural (González, 1993). Podemos mencionar otros tipos violencia: Violencia

⁸ Enfermedades infecto contagiosas

⁹ Virus de inmunodeficiencia humana

doméstica ejercida por el patriarcado hacia las diversidades sexo afectivas desde etapas muy tempranas del psiquismo y la cosificación de la mujer en el acto de violencia sexual, que son costumbres aceptadas por la sociedad. La masculinidad se siente cuestionada por eso recurre a la violencia como un acto de restablecimiento de las relaciones de poder que algunos hombres creen que son normales.

La masculinidad hegemónica genera problemas a otros hombres, a las mujeres, a las diversidades sexo afectivas. Hay un aumento de los homicidios entre los hombres. Aumento del alcoholismo entre hombres. Doble de cantidad de mortandad del varón en la adolescencia. Mayores estadísticas en accidentes de autos.

La conducta del hombre es resultante de su crianza cultural, el hombre piensa que no puede enfermarse, volverse débil. Les es difícil expresar sentimientos asociados a la femineidad. Pero puede, en cambio, expresar otros sentimientos como el grito y la furia, que son propios de lo masculino. Esto constituye un claro ejemplo de la necesidad de incluir al AT en etapas tempranas de la formación constitutiva y subjetiva del sujeto, ya que el AT formado con sensibilidad y especificidad en las diversidades sexo afectivas puede ser un puente valioso para construcción social de la salud mental. Generar espacios de circulación de la palabra y la libre expresión del género pueden ser instancias reparadoras o exploradoras del bienestar emocional y mental de los sujetos desde sus primeras experiencias sociales en su paso por las instituciones (educativas, culturales, recreativas).

¿Por qué el varón es un riesgo para sí mismo?

Es un riesgo para sí mismo debido a los factores culturales que afectan la manera de ser varón que son nocivas para sí mismos como el ser fuerte, valiente, no pedir ayuda, bancársela, omitir sus sentimientos o no las tramita de manera esperada. Los costos que eso remite a lo largo de su vida aparecen en los accidentes, la falta de cuidado personal, la violencia, el tabaquismo, el homicidio, la cirrosis hepática, la fobia a las diversidades sexo afectivas. Es necesario construir un rol de AT que permita desmontar socialmente estas construcciones del rol masculino para permitir así la circulación de la libre expresión y del cuidado del sujeto más allá de su orientación afectiva. Otras problemáticas que pueden aparecer si no se deconstruyen estos roles, son la disminución de la esperanza de vida entre varones y la diversidad sexo afectiva, la ausencia del autocuidado, recurrir más tarde al sistema de salud, no sostener el tratamiento, no ir al psicólogo o al dispositivo de intervención en salud mental.

4.6 Ley de salud mental y el rol del Acompañante Terapéutico con formación en diversidades sexo afectivas

La Ley Nacional de Salud Mental 26657 fue sancionada por el Poder Legislativo el 25 de noviembre de 2010. A su vez, fue promulgada por el Ejecutivo el 2 de diciembre de 2010, y apareció en el Boletín Oficial al día siguiente, 3 de diciembre. La ley 26657 reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, culturales, socioeconómicos, biológicos y psicológicos. Al considerarla de esta manera, plantea que su "preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social". El cuidado de la salud mental está vinculado entonces a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Es aquí que el AT puede realizar una intervención de gran importancia ya que la construcción social implica el trabajo en red de la salud mental.

Un pilar fundamental de la ley es que parte de la presunción de capacidad de todos los sujetos. De este modo, prohíbe en el campo de la salud mental los diagnósticos basados exclusivamente en status político o la pertenencia a un grupo cultural, religioso o racial. Asimismo, no se puede diagnosticar en base a demandas familiares, laborales o falta de adecuación a valores morales, culturales, políticos o religiosos prevaletentes en la comunidad. La elección o identidad sexual no puede ser motivo de un diagnóstico de patología mental. Tampoco lo son los antecedentes de tratamiento u hospitalización.

De acuerdo a la ley de salud mental, la internación es "un recurso terapéutico de carácter restrictivo" (Art. 14). Como tal sólo puede realizarse cuando aporte más beneficios terapéuticos que las demás intervenciones posibles en su entorno familiar, comunitario o social. Todo el texto de la normativa muestra un marcado énfasis en la desmanicomialización. Lo que presupone espacios de intervención sostenido por redes de externación y lo que establece la entrada del AT a los dispositivos de salud mental, especialmente al AT con formación en diversidades sexo afectivas. El artículo 27, por ejemplo, prohíbe la creación de nuevos manicomios y neuropsiquiátricos públicos o privados. Los ya existentes deben adaptarse a los objetivos y principios de la ley, con miras a su sustitución definitiva por dispositivos alternativos. Por su parte, el artículo 28 ordena la internación de las personas con padecimientos mentales que lo requieran en

hospitales generales. El rechazo por parte de estos hospitales generales se toma ahora como un "acto de discriminación", penalizado por la ley 23.592.

El artículo 20 es uno de los más importantes dentro de la ley de salud mental. Este aborda un punto crucial del principio de desmanicomialización. Hablamos de la internación involuntaria de una persona. Para empezar, considera esta medida como un recurso terapéutico excepcional, siempre que no sean posibles los abordajes ambulatorios.

La intervención involuntaria sólo podrá realizarse cuando un equipo de salud considere que existe una situación de riesgo "cierto e inminente para sí o para terceros". Para que se pueda proceder a la internación involuntaria se deben contar con los siguientes requisitos:

La ley de salud mental derogó la anterior normativa en la materia (Ley 22.914), de 1983. La vieja reglamentación establecía las normas para regular la internación en establecimientos de salud mental. También se modificó el texto del artículo 482 del Código Civil, para impedir así las internaciones de individuos por su peligrosidad.

Desde esta pesquisa, se tendrá entonces como prioridad mirar y abordar al sujeto de diagnóstico, el infante, desde una mirada más holística e integrativa, poseedora de derechos y emociones que les son brindadas por naturaleza y que están por sobre cualquier otra categoría superior a las cuales el AT, con formación en diversidades sexo afectivas, deberá profundizar teórica y empíricamente, para lograr así espacios de inclusión con equidad.

Desde nuestra función de Acompañantes Terapéuticos (A.T.) comprendemos que trabajamos con personas y no con diagnósticos y esto nos lleva a pensar en redes de apoyo y en las barreras, cuestionamientos ontológicos: sobre lo que entendemos por objeto de estudio, de la psicopatología, pero coincidimos que es de vital importancia para la vida social y la diversidad, diversidad de ser, diversidad de modo de habitar lo epistemológico y de habitar las diversidades sexo afectivas. Hay psicopatologías pensadas para el modelo del psicoanálisis y patologías pensadas para epistemología genética. El diagnóstico es una herramienta fundamental para el AT. Es importante aclarar que sin un diagnóstico no tenemos punto de partida y por ende de llegada. No obstante, no debemos creer que el sujeto con el que trabajamos es solamente "eso", un diagnóstico, sino un sujeto – niño/a/e/x que vive y siente. Es decir, un sujeto es más que un diagnóstico.

Desde una construcción más humanizadora, en un paradigma donde la diversidad sexo

afectiva es un derecho humano inalienable, es desde donde abordamos este trabajo final. Pues es eso lo que nos ha quedado en la piel: mirar más allá del diagnóstico. Entendiendo que las infancias son el espacio fundamental para la construcción de la salud mental. Esto lo podemos hacer siempre y cuando se pueda reconstruir un posicionamiento metodológico que incluye una dimensión ontológica, epistemológica (validación) y una dimensión técnica (techne: arte) en el campo del AT en los equipos interdisciplinarios de atención primaria a la salud. Salud que implica la salud mental, pues ambos componentes en realidad refieren a un solo aspecto y es la salud como totalidad, la cual se constituye en espacios institucionales donde el infante practica sus primeros pasos dentro de la esfera social. La institución escuela, en su primer nivel, es el lugar donde se pueden lograr los mejores acercamientos, construcciones, desmantelaciones de pre conceptos, construcción de la empatía y socialización sanadora.

En 1949 se constituye el Primer Ministerio Nacional Salud a cargo de Ramón Carrillo, quien es un personaje que decidimos traer a este trabajo final, a manera de reverberar lo correcto, de entender el camino a seguir. El Dr. Carrillo pregonaba una concepción integral de salud con lo preventivo y lo curativo. Aquí podemos empezar a instalar históricamente la función y el rol del A.T. Especialmente podríamos decir aquí que la "Educación es puerta de la cultura" y que la escuela es el primer y más importante contacto que el niño tiene con su cultura, en la cual trata de comprender sus complejidades y contradicciones (Bruner, J. 1999). Es por ello que estos manuales estadísticos enlatados (DSM V) que vienen a nosotros desde las grandes metrópolis deben ser desenmascarados y arrojados de la cultura local y el calor social del lugar donde van a implementarlo.

No queremos terminar este trabajo sin dejar de mencionar a Fernando Ulloa, quien insta a trabajar con los sujetos desde un enfoque comunitario, democratizar los saberes, para que no haya un modelo médico hegemónico. Los diagnósticos, son necesarios, nos guían en la propuesta terapéutica pero los pronósticos y la salud se construyen con los sujetos en la comunidad, en las escuelas, en los territorios.

Para ir concluyendo, debemos, los Acompañantes Terapéuticos, construir nuestro propio Manual de Diagnóstico y Estadísticas del A. T. Pero este manual debe ser de índole democrática, social y comunitaria donde se describan tipologías adoptadas, estrategias implementadas y técnicas abordadas en cada caso. Dejar escrito aquello que se realiza de manera excelente para poder guiar a otros y construir así intervenciones de mejor calidad. El caso del acompañamiento terapéutico con las

diversidades sexo afectivas, es un espacio novedoso y de gran potencialidad de expansión, formación y transformación. En este sentido, también debemos poder gestionar congresos y simposios, ateneos y encuentros nacionales e internacionales para construir un conocimiento en conjunto y acordar intervenciones metodológicas para cada diagnóstico médico – diferencial y social - emocional. Incluir estos hallazgos de los grupos de colegas pares en este “posible manual” o papers para el A.T. Pero aclaro nuevamente, un manual cuya base sea la empatía, lo psicosocial, lo colectivo y lo ontológico, porque somos mucho, mucho, mucho más que un diagnóstico. A mediados del siglo XX en América Latina se producen grandes investigaciones, movidas con organizaciones sociales, movimientos académicos, sindicatos, agrupaciones que exceden el mundo de la medicina, que generan lo que llamamos la medicina social. Este movimiento es muy crítico dentro del pensamiento “crítico” del modelo biomédico, Eduardo Menéndez, cuyos aportes son muchísimos, nos ayudaría infinitamente en la construcción de este Manual de Diagnósticos y Estadísticas en Acompañamiento Terapéutico en las diversidades sexo afectivas.

Finalmente, recordemos que trabajamos desde los microespacios, que nuestro mirar nos permite hacer muchas tareas indelegables, cómo gestionar redes y fortalecer vínculos. También debemos aclarar que, al estar en la microgestión, no gestionamos políticas públicas, pero que aún tenemos un montón de trabajo inherente a nuestra profesión de A.T. desde los microespacios, ya que en la práctica diaria gestionamos recursos, tiempos, redes, vínculos, sujetos, personas...

Es por ello que este cierre constituye un llamado a cuidar todos los aspectos de la salud general, integrando a la salud mental y emocional de los sujetos como premisas básicas de atención primaria en salud. Las dificultades en la inclusión de las diversidades sexo afectivas a las que hacemos mención al inicio de este trabajo son sigilosas y a veces son invisibles. Es por ello que debemos estar atentos al envolvernos con ella. Los AT somos sujetos sociales emocionalmente alfabetizados para atravesar y acompañar a otros. Sigamos caminando en este descubrimiento que la reflexión aporta a lo social, individual y también, ¿por qué no? a lo álmico. Continuemos construyendo espacios sociales generadores de inclusión desde el discurso socio – emocional, la salud colectiva, y la inclusión de diversidades sexo afectivas desde las primeras infancias.

A manera de cierre hacemos honor a los Dres. Jorge Pellegrini, Langer, Bleger, Riviere, ya que sin ellos este tipo de discusiones académicas no tendría lugar en nuestro país. **Somos sujetos tejidos y resultantes de las relaciones sociales “entre otros”.** Es por ello de suma importancia la trascendencia que le damos a los vínculos en esta transición

epocal.

Finalmente, concluimos con una excelente propuesta pedagógica y psicológica propuesta por el Dr. Facundo Corvalán (2012) en su artículo Diagnósticos en la arena: Infancias y las etiquetas en un mundo de clasificaciones: "Podemos diagnosticar para distinguir, pero no para discriminar. Hay que diagnosticar para reconocer, pero no para encasillar. Tenemos que diagnosticar para nombrar, pero no para juzgar, es importante diagnosticar para sugerir, pero no para condenar."

4.7 Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental: una mirada del Acompañamiento Terapéutico a las posibilidades en la atención de las infancias

El Modelo Comunitario de Atención implica el trabajo y la conformación de una Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad. "Los efectores conforman una red funcional por la cual transitan los/as usuarios/as según sus necesidades. También los profesionales se desplazan de un efector a otro asegurando la continuidad de la atención". (OMS, 2009)

Las Pautas deben dar cumplimiento al artículo 27 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el cual establece la prohibición de crear en todo el territorio nacional "nuevos neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados", tales como colonias, asilos, comunidades terapéuticas, clínicas psiquiátricas. En caso de los existentes, se deben adaptar a los objetivos y principios de la mencionada ley y a la sustitución paulatina y definitiva de los mismos por una red de servicios con base en la comunidad.

TIPOLOGIA DE ESTABLECIMIENTOS y SU CATEGORIZACION (ACORDE R.M. 900 E 2017)

Establecimiento de salud sin Internación de Diagnóstico y Tratamiento (ESSIDT): Se incluyen en ésta tipología las siguientes modalidades

1) Consultorio De Salud Mental

2) Componente De Salud Mental En Centro De Salud

- 3) Centro De Día Comunitario
- 4) Hospital De Día Comunitario
- 5) Dispositivos De Inclusión Sociolaboral
- 6) Dispositivos De Inclusión Habitacional Con Distintos Niveles De Apoyo ESCIG

Servicio de salud mental en establecimiento general de salud con internación (ESCIG)

Servicio de Salud Mental en Institución de Salud Polivalente. De acuerdo a la legislación nacional e internacional vigente las internaciones de salud mental, deben realizarse solamente en instituciones de salud general.

4.8 Ley de trato digno 26.529: el trato hacia las infancias

Esta ley pone de manifiesto una serie de conceptualizaciones muy importantes. El paciente / usuario tiene derecho a ser atendido y asistido por un profesional de la salud sin ningún tipo de distinción. El profesional sólo puede eximirse de esa obligación en caso de que se haya hecho cargo efectivamente otro profesional competente. En este derecho tienen prioridad los niños y los adolescentes de ambos sexos. Trato digno y respetuoso: La ley fija como condición primordial el trato digno del paciente con respeto a las convicciones personales y morales. Principalmente, se menciona sus condiciones socioculturales de género, pudor, intimidad ya sea del mismo paciente como el de los familiares o acompañantes.

Asimismo, dentro de la Ley de identidad de género 26.743, en su artículo 12 se expresa la necesidad de trabajar el trato digno de todos los usuarios del dispositivo de atención. Específicamente la ley establece en relación al trato digno que: Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.

Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del

nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a.

En aquellas circunstancias en que la persona deba ser nombrada en público deberá utilizarse únicamente el nombre de pila de elección que respete la identidad de género adoptada.

4.9 Ley de identidad de género 26.743: Un foco hacia la construcción de infancias integrales

El 9 de mayo de 2012 se sancionaba la Ley n° 26.743 de Identidad de Género en la Argentina, una medida pionera en el mundo que reconoce el derecho de las personas a ser inscriptas en su DNI acorde con su identidad de género. Un resultado de la lucha colectiva que permite construir una sociedad con más derechos, igualdad e inclusión. El impacto de esta Ley tuvo repercusiones en la música, la literatura y el deporte. La primera en el mundo que no patologiza las identidades trans y permite acceder al cambio registral a través de un simple trámite administrativo, sin necesidad de acreditar pericias médicas, intervenciones quirúrgicas o tratamientos hormonales. Además, reconoce el derecho a la salud integral. Gracias a la Ley, en estos once años 12.655 personas modificaron su DNI.

La Ley, sancionada el 9 de mayo y promulgada el 23 de mayo, entiende la identidad de género autopercebida como "la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales ". El impacto de la ley llegó también a la música, el fútbol la literatura. La Universidad de las Artes (UNA) cuenta con una cátedra de Canto Disidente que cumplió un año y es un espacio pionero de formación lírica con perspectiva no binaria. Y cada vez hay más libros sobre Educación Sexual Integral (ESI), biografías de personas que transicionaron de un género a otro, relatos de infancias y adolescentes trans y travestis, mangas reversionados con perspectivas inclusivas, y ficciones escritas por cuerpos e identidades no hegemónicas. Los cambios igualitarios llegaron también al fútbol y ahora

conocemos las historias de las jugadoras trans Mara Gómez, Tiziana Lezcano y Jezabel Carranza que pueden jugar hoy el Campeonato Femenino de la Primera División de la AFA.

Dentro del rol del AT y la ley de identidad de género es necesario hablar del acceso en materia de salud mental pues, aunque estén presentes en el país los marcos normativos aún existen barreras de acceso a los sistemas de cuidado. Especialmente hay comunidades que ven sus derechos vulnerados como las mujeres, los travestis, las infancias trans etc. Las mujeres deben cuidar a sus hijos, tienen menos tiempos para cuidarse. Hay otros problemas con disponibilidad porque hay provincias que no tienen dispositivos problemáticos para mujeres, travestis, o infancias disidentes. Es por ello que necesitan migrar a otra Pcia. Lo que es peor aún es que no hay dispositivos terapéuticos con perspectivas LGTB. Desde el Observatorio Argentino de Drogas 2015 – 2019 se hicieron estudios sobre inequidad de géneros. De cada 10 personas con problemáticas de consumo 8 son varones y 2 son mujeres. Las mujeres tienen el mismo nivel de problemáticas, pero no tienen garantías de acceso. Las mujeres llaman para tratamiento de la familia, pero no para tratamientos propios. Existe una discrepancia total en equidad de género, o poblaciones no binarias. Pues no hay dispositivos específicos para personas no binarias. Hay solo para varones o mujeres (cisgénero). No están preparados para dar tratamiento a un varón trans o una mujer trans, no están formados o capacitados específicamente para la asistencia en las infancias¹⁰.

4.10 DIVERSIDADES SEXO AFECTIVAS EN LAS PRIMERAS INFANCIAS Y EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Los Principios de Yogyakarta¹¹ se ocupan de una amplia gama de normas de derechos humanos y de su aplicación a las cuestiones relativas a la orientación sexual y la identidad de género. Los Principios afirman la obligación primordial que cabe a los Estados en cuanto a la implementación de los derechos humanos. Cada Principio se acompaña de recomendaciones detalladas dirigidas a los Estados. Sin embargo, las y los especialistas también ponen énfasis en que todos los actores tienen responsabilidades en cuanto a promover y proteger los derechos humanos. Los

¹⁰ FALGBT (Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans).

¹¹ Principios de Yogyakarta (2007): Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género.

Principios también incluyen recomendaciones adicionales dirigidas a otros actores, incluyendo al sistema de derechos humanos de la ONU, las instituciones nacionales de derechos humanos, los medios de comunicación, las organizaciones no gubernamentales y las agencias financiadoras.

Las y los especialistas coinciden en que los Principios de Yogyakarta reflejan el estado actual de la legislación internacional de derechos humanos en relación a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género. Asimismo, reconocen que los Estados podrían contraer obligaciones adicionales conforme la legislación en materia de derechos humanos continúe evolucionando.

Los Principios de Yogyakarta afirman las normas legales internacionales vinculantes que todos los Estados deben cumplir. Prometen un futuro diferente en el que todas las personas, habiendo nacido libres e iguales en dignidad y derechos, puedan realizar esos valiosos derechos que les corresponden por su nacimiento.

4.11 identidad de género:

La identidad de género, de acuerdo a los Principios de Yogyakarta (2007), se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

Son identificaciones sociales que asume un sujeto en un género (masculino, femenino u otro), más allá de la materialidad de su cuerpo en términos anatómicos - estéticos. Generalmente, está vinculada a roles, comportamientos y actitudes que se expresan tanto en los patrones generales de interacción social y que se caracterizan y diferencian a hombres, mujeres, personas trans, no binarias y otras. Puede involucrar las estrategias, símbolos, modos, estilos y prácticas que una persona adopta para comunicar a otros su género. También las personas trans pueden o no identificarse con algunas de las categorías relacionadas con la identidad de género como "travesti", transexual, transgénero, o bien persona trans (conjunto de identidades de las personas que desarrollan, sienten y expresan un género diferente al sexo asignado al nacer). El género también es entonces una expresión que engloba a mujeres trans, hombres trans, transexuales y transgéneros. También en muchos casos, las personas no binarias se

encuentran dentro de esta clasificación. Las travestis autoperceben su identidad con un término de valor político reivindicativo y las transexuales, para lograr esa expresión de género se someten a la operación de reafirmación genital de género. “Tranny” es peyorativo e insultante. Pero en Argentina el término travesti se reivindicó como un término lingüístico positivo, para sacarle el agravante semántico de esas personas que intentan agraviarlas. Un dato importante es que 6 de cada 10 mujeres trans abandona el nivel secundario, lo que evidencia la falta de acompañamiento específico para fortalecimiento de sus capacidades mentales y emocionales que pueden ser atendidas desde las primeras infancias.

Cisgénero: Es cuando el género asignado al nacer es el mismo género con el que el sujeto se reconoce en la adultez.

Inter – sex: Hay personas que nacen con los dos géneros: Inter - sex. No son hermafroditas. No existe el hermafroditismo en el ser humano. Porque no pueden reproducirse por sí mismos. Sería como “una maldición” por cada vez que gozan.

No binarismo: El género puede ser no binario, hay personas que no se identifican como varón o como mujer, aunque consideren que el género es parte identitaria de su ontología. Estas personas se identifican por fuera del binarismo clásico y esta identificación comienza en las edades tempranas del desarrollo del psiquismo. Es durante su tránsito en las primeras instituciones sociales que esta cuestión identitaria empieza a tomar una dimensión que, necesariamente, requieren de acompañamiento para el fortalecimiento de sus singularidades, sus pensamientos, sus deseos, sus emociones.

Agénero: Hay personas agénero. Estas personas no se consideran varón ni mujer. No consideran que el género sea una parte importante de su expresión identitaria.

Género fluido: Este colectivo de personas, dentro del binarismo o no, van fluyendo entre las diferentes categorías, durante un tiempo se perciben entre mujer o varón o persona no binaria. Es decir, que la identidad de género de estas personas va fluyendo entre las diferentes categorías de género.

Legalmente en Argentina: En Argentina se inscriben tres categorías oficiales de género: Femenina – Masculino – X (no binaria). Esta categorización es reconocida además en 130 países.

4.12 orientación sexo – afectiva:

Los principios de Yogyakarta¹² (2007) definen la 'orientación sexual' como a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas;

Lesbianas: mujeres cis a las cuales les gustan otras mujeres

Gays: varones a los que le gustan otros varones

Bisexuales: a estas subjetividades les gusta un varón cisgénero, una mujer cisgénero.

Pansexuales: son sujetos a quienes les gusta otras personas más allá de su genitalidad, les puede gustar un varón trans, una mujer trans, como así también un varón cis o una mujer cis. La genitalidad no forma parte de su orientación sexo afectiva. Su orientación tiene otros componentes afectivos.

Heterosexualidad: su orientación es contraria al sexo asignado al nacer.

Sapiosexualidad: interés sexual o afectivo por la inteligencia.

Hay otras formas y construcciones dentro de las orientaciones sexoafectivas. Aquí mencionamos aquellas que son más recurrentes.

4.13 Formas de construcción de la relación:

Monogámica: se construye entre dos personas. Sin quiebre de vínculos.

Poliamorosa: puede haber un tercero cuatro o quinto. Lo que en la literatura se nomina como trijea o cuatriejas.

Abierta: aquí hablamos de una pareja, trijea, cuatrijea que puede conformar relaciones con otros, de manera crónica o espontánea.

¹² Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género.

4.14 Formas de construcción de la sexualidad

Asexual: son sujetos no desarrollan interés sexual explícito en la conformación de la pareja.

Demisexualidad: en estos casos, inicialmente, a los sujetos les interesa tener un vínculo afectivo antes del sexo.

Grisexualidad: es como el género fluido, por momentos en la construcción de parejas, les gusta mucho la acción sexual y por momentos no.

Alosexual: en este caso, la preferencia está en la acción sexual o el acto amoroso en sí mismo.

También en la construcción de la sexualidad y el erotismo podemos reconocer:

Sujetos **más románticos**

Sujetos **menos románticos**

Sujetos **Arománticos** (no hay interés por la construcción romántica en absoluto).

4.15 Expresión de género en la infancia

Masculina

Femenina

No Binaria

Andrógina

Otrxs

Hay tantas categorías en este apartado, como personas en el mundo, por ejemplo, un sujeto puede ser no binario, gay, poliamoroso, demisexual, aromántico con una expresión de género andrógino. No todo el mundo coincide entre lo afectivo y lo identitario.

Todo ser humano tiene derecho¹³, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica. Las personas en toda su diversidad de orientaciones sexuales o identidades de género disfrutarán de capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida. La orientación sexual o identidad de género que cada persona defina para sí, es esencial para su personalidad y constituye uno de los aspectos fundamentales de su autodeterminación, su dignidad y su libertad. Ninguna persona será obligada a someterse a procedimientos médicos, incluyendo la cirugía de reasignación de sexo, la esterilización o la terapia hormonal, como requisito para el reconocimiento legal de su identidad de género. Ninguna condición, como el matrimonio o la maternidad o paternidad, podrá ser invocada como tal con el fin de impedir el reconocimiento legal de la identidad de género de una persona. Ninguna persona será sometida a presiones para ocultar, suprimir o negar su orientación sexual o identidad de género.

La heterosexualidad y lo cis - normativo siguen siendo lo "normal y sana". Pero para las identidades LGBT sigue habiendo patologización, pecado y delito. Es por ello que el trabajo del AT en los equipos interdisciplinarios puede ser de gran aporte teórico y práctico, especialmente para acompañar la singularidad del sujeto mientras transita un dispositivo de atención. En Argentina, además, existían códigos contravencionales que son leyes de aplicación directa de la policía. Si encuentran a alguien en la calle cometiendo un posible delito no necesitan llamar a un juez o fiscal. Esto constituyó, en los aspectos de la identidad de género algo muy negativo. Pues la norma establecía que no se podía tener relaciones con personas del mismo género, tampoco no se podía ir vestido por las calles con otro género distinto al del DNI. Esto va en contra a los principios de Yogyakarta (2007) que establece que los estados emprenderán programas de capacitación y sensibilización a fin de educar a agentes de la policía y otro personal encargado de hacer cumplir la ley acerca de la arbitrariedad del arresto y la detención en base a la orientación sexual o identidad de género de una persona;

En 1890 la OMS¹⁴ sostenía que la homosexualidad era considerada una patología. Exitosamente ese paradigma pudo correrse para dar lugar a otras formas de construcción más equitativas e incluyentes en las disidencias sexo afectivas.

Como dato interesante, históricamente la población travesti - trans poseía un promedio de vida de 35 años. En la actualidad, este promedio aumentó a 40 años. La prostitución

¹³ Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud

(que significa que no tienen otro trabajo) o trabajo sexual (quienes ven la actividad sexual como un trabajo estándar) en muchos casos es la única forma de acceso a bienes. El colectivo LGBTQ, de todos modos, incurre en un 90 % con problemáticas de consumo durante su desarrollo adolescencia – madurez. Durante el proceso de hormonización este consumo es doblemente problemático. Es por ello una cuestión de salud general y salud mental y una necesidad social poder garantizar dispositivos de atención con AT especializados en las diversidades sexo – afectivas. Garantizando así el equitativo cumplimiento de la ley de salud mental y de los derechos humanos garantizados en la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales.

4.16 Poblaciones Travestis, Trans y los tratamientos de hormonización en las infancias

Este colectivo, históricamente padece de vulneración de derechos, en tratamientos de consumos, refugios por situación de calle, en contextos de encierro. Es decir que son sujetos de Microviolencias y Macroviolencias.

El modelo médico hegemónico aún rechaza las femeneidades trans en el sistema de salud y a la hora de prestar tratamientos. Lo ven como cuestión de riesgo, porque ven a las travestis como una mujer con pene, no la ven como mujer siquiera. La ven como insegura en relación con otras mujeres con vulva. Las personas usuarias de los dispositivos de salud mental, manifiestan malestares porque quienes las “atienden” no están formados con visión o perspectiva de género y por ende no hay espacio para la construcción afectiva desde las diferencias, tanto en el cuidado como en la orientación profesional. Esto se suma a la falta de protocolos para masculinidades trans: un varón con vulva debe compartir duchas masivas frente a otros con pene. Lo cual claramente lo pone en riesgo. De la misma manera, la falta de información sobre problemática de consumos en estados de hormonización conlleva a dificultades mayores. Afortunadamente, para la comunidad LGBTQ hay una App Checker, te permite saber que efectos secundarios existen cuando mezclas sustancias psicoactivas con la hormonización. El “No” no es solución. Por el solo hecho de saber las cosas no podemos cambiar. Es mejor informar, vincularse, cobijar, querer, acompañar.

5. TRABAJO DE CAMPO

5.1 Análisis de los resultados obtenidos

Análisis de las entrevistas realizadas en Neuquén

Respecto a la provincia de Neuquén una vez realizadas las entrevistas a la supervisora de distrito y al secretario zonal en la provincia Neuquén capital, revelaron una enorme capacidad de conocimiento que aún al día de hoy no han sido sistematizados y por lo tanto las formas de prácticas siguen siendo poco comprendidas. La caja curricular de la carrera de nivel primario de la provincia de Neuquén no incluye materias sensible en la salud mental en su plan de estudios (ver anexo). Si podemos afirmar que existen capacitaciones por fuera del ámbito escolar (pagos) o jornadas institucionales brindados por el ministerio de educación de la provincia 1 vez al mes donde se trabajan y abordan temas como ESI, situaciones problemáticas, acuerdos escolares etc. y este año se incluyó dentro de estas jornadas la jornada de inclusión que se lleva a cabo cada 3 meses, pero hay mucho descontento por parte de los docente y se elevaron notas para sacarlas a dichas jornadas ya que desde el ministerio solamente envían el material de lectura y no hay un referente capacitado que brinde dicha capacitación. Demostrando así que en el ámbito de la inclusión no se tiene en cuenta en la formación continua de los nuevos docente.

Analizando las demás preguntas nos que permite llegar a los siguientes resultados:

- Dentro del sistema educativo primario de la provincia de Neuquén no se encuentra la figura del A.T. como parte de un gabinete escolar, ya que el mismo está integrado por psicopedagogo, asistente social, psicóloga. Podemos mencionar que dentro de la escuela pública está la figura del MAP que es el maestro de apoyo dentro del aula el cual asiste al docente dentro del aula 1 vez por semana.
- El acompañamiento terapéutico dentro del ámbito escolar se realiza a través de las obras sociales (prepagas) De no contar con esta, la intervención se realiza por medio de la escuela especial o el hospital que son quienes cuentan con la figura del A.T. Para poder acceder se debe presentar un informe previo de parte del maestro de grado de la escuela, de la dirección y el equipo interdisciplinario hospitalario solicitando la intervención y los tiempos para cubrir esas demandas tardan hasta 1 año y medio.

- No se logran cubrir las demandas de salud mental en la zona, ya que todos los años se detectan mayor cantidad de casos para cubrir las diferentes patologías que se presentan dentro del ámbito escolar.
- No existen políticas pensada desde la diversidad sexo afectivo, aunque aducen trabajarlas desde la ESI muy superficialmente.
- Los A.T no cuentan con alguna especialidad en el área de diversidades sexo – afectivas ya que hasta la fecha no cuentan con algún curso o diplomatura sobre el tema.

Análisis de las entrevistas realizadas en Misiones

En relación a la Pcia. de Misiones, las entrevistas mostraron y demostraron un gran conocimiento que hasta la fecha no estaba sistematizado y, por ende, no comprenden su forma de ejecución. El referente de formación docente primaria de la provincia estableció que en actual plan de formación docente con fecha de aprobación (2014) no existen materias orientadas a la sensibilidad sobre el cuidado de la salud mental en sujetos en educación primaria. Asimismo, existen proyectos curriculares (PCI) e institucionales dentro de los EDIs (espacios de definición institucional que están de cierta forma al cuidado de las emociones y cómo trabajar éstas en la escuela primaria de la mano del docente.

La inclusión en las infancias es algo que todavía está en tratamiento con el nuevo plan de estudios donde se contemplan cátedras como Educación para la Diversidad, trastornos del neurodesarrollo y ESI. En la formación continua de docente noveles, en cambio, no está contemplada el área de la inclusión, como espacio formativo, es más, no está contemplado el trabajo con las ESIs.

El paradigma de la inclusión de las diversidades sexo afectivas en la infancia es una deuda del estado quien sacó estas herramientas de atención temprana a la salud mental. En nivel primario se habla sobre diversidad, pero se aborda muy poco desde las diversidades sexo afectivas.

En la actualidad, no existen dispositivos de salud mental para la atención a la salud mental de los estudiantes del profesorado de nivel primario. Esto nos sensibiliza porque

sabemos que el acompañamiento terapéutico es necesario en cualquier etapa del ciclo vital.

Asimismo, el entrevistado dio cuenta que no está en conocimiento de las formas actuar profesional, de los dispositivos que puede formar parte, el nuevo perfil del acompañante terapéutico

Finalmente, respecto de las sugerencias al plan de estudios de formación docente dentro del paradigma de las diversidades sexo afectivas, el entrevistado manifestó que sería trascendental incluir estas temáticas en el plan de estudios, es decir curricularizarlas para que los docentes desde una etapa temprana puedan ir pensando en estrategias de intervención en este aspecto tan necesario para la convivencia social.

En Misiones, la segunda entrevista dirigida a un secretario escolar / supervisor Zonal o equivalente se obtuvieron las siguientes respuestas. En esta entrevista se pudo dar cuenta la presencia de 38 escuelas primarias en la zona las cuales representan un aproximado de 20 mil familias de la ciudad de Eldorado (distribuidos en primaria, primaria adultos y primaria con privación de la libertad).

Las problemáticas recurrentes en materia de inclusión son violencias entre y hacia los niños, como también violencias dirigidas al docente. Existe mucha desvinculación de la familia y el alumno.

En relación a los dispositivos terapéuticos, éstos se encuentran en funcionamiento en formato de GPI (gabinete psicopedagógico itinerante) y cuenta con una psicopedagoga, una psicóloga y una socióloga que representan el gobierno escolar. También trabajan mucho las relaciones humanas entre docentes y directivos. Se convoca mucho a los padres. Si bien vemos que es una cuota de positividad que se le otorga al nivel primario, claramente podemos ver que 1 solo gabinete no da abasto para la atención de 20 mil familias. Los tratamientos no se completan o no pueden ser seguidos con la rigurosidad del caso, pero no porque no hayan ganas desde el equipo, sino porque es humanamente imposible.

Desde el año 2020 se decidió descentralizar este organismo e incluir el trabajo en redes, específicamente con el municipio para abarcar todas las problemáticas emergentes por lo que se decidió incluir al GPI el trabajo de la CEDRONAR y el CEPROMU (centro provincial de la mujer).

Desde el organigrama institucional oficial de la pcia. no se cuenta con la figura del acompañante terapéutico. Desde la actividad privada no se cuenta con AT sino con docentes para la integración, que son docentes comunes, está también la institución ALGEBBA desde el municipio, a través de acción social también hay un programa que ofrece acompañamiento de niños que no poseen dinero.

En relación a las diversidades sexo afectivas en las aulas se entiende que se necesita organizar las escuelas, que hay posibilidades de abordaje pero que falta organizar, reestructurar el sistema educativo. Se tiene a la ESI¹⁵ que es uno de los programas más activos, que llegan a distintos niveles. Se busca capacitar a los docentes para aceptar a las diversidades sexo afectivas. Los padres rechazan las clases con ESI pero son clases que pueden salvar vidas. Muchas diversidades sexo afectivas son maltratadas en la casa. Las capacitaciones en ESI se trabajan por eso con la familia y es una de las inclusiones más complejas de trabajar.

Es importante aquí resaltar, que los dispositivos de salud mental e inclusión no cuentan con profesionales formados en el área de las diversidades sexo afectivas. Y los ATs que se encuentran cumpliendo su labor desde la rama privada tampoco cuentan con formación específica a las diversidades sexo afectivas.

Respecto de la pregunta final, la entrevistada responde que hay un cambio que se viene y trae consigo una inclusión más amplia en el sistema educativo, esta inclusión viene definitivamente con el Acompañamiento Terapéutico.

¹⁵ Educación Sexual Integral

**Análisis de las encuestas dirigidas a los maestros de educación primaria
(Misiones - Neuquén)**

¿Tuvo formación durante su carrera en temáticas referidas a la inclusión de la diversidad?

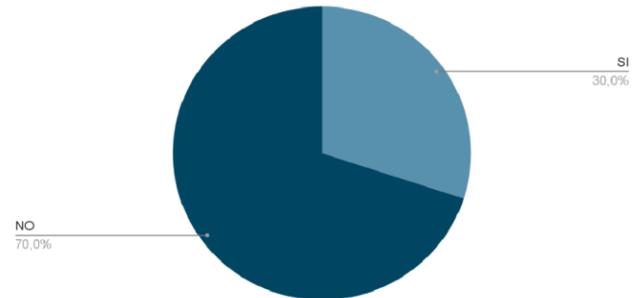


Gráfico 1: Formación en Inclusión y Diversidad en el recorrido docente

Tal como lo podemos apreciar en el gráfico N 1 de elaboración propia los docentes en ejercicio de sus funciones en su mayoría no han podido formarse dentro del paradigma de la inclusión. Esto puede ser explicado a través del hecho de que los docentes encuestados llevan más de 10 años en el ejercicio profesional y la inclusión es un cambio paradigmático reciente, por lo cual los docentes más nuevos sí se encuentran envueltos en el paradigma de la incursión, al menos teóricamente

¿Pudo tomar capacitaciones / formaciones / diplomaturas / especializaciones en temáticas asociadas a la inclusión?

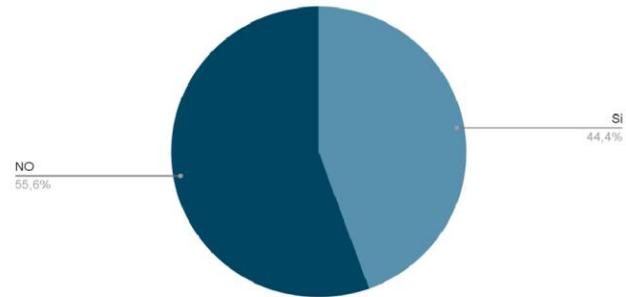


Gráfico 2: Posibilidad de acceder como docentes noveles a formación continua con temáticas de inclusión.

Como podemos ver los docentes noveles, con más de 10 años de servicio han podido acceder a postítulos, posgrados, en temáticas de inclusión recientemente. Pero, las demás docentes aún no han podido ser parte de ese caudal formativo. Esto refuerza la idea de la necesidad de formación específicas para el abordaje de la salud mental como estrategia de atención primaria de la salud. Especialmente para saber cómo tratar e integrar a las comunidades LGTBQ.

¿Trabaja con alumnos "Incluidos"? ¿Cuántos?

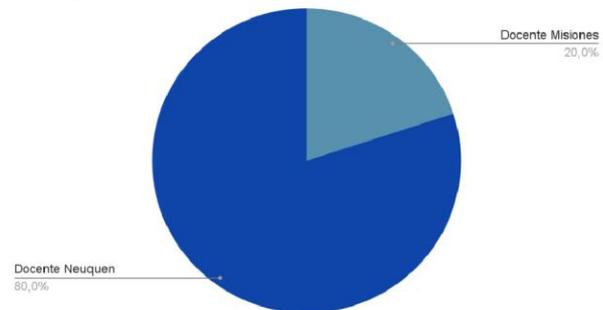


Gráfico 3: Cantidad de alumnos incluidos por salón

Como se puede observar la cantidad de alumnos incluidos en el primer ciclo de primaria son pocos, pero se estima que para el segundo y tercer ciclo del mismo nivel los datos se triplicarán. En el caso de Misiones, la cantidad de niños incluidos es menor que en el caso de Neuquén. Esto podría justificarse por la cantidad de formaciones específicas en el campo del AT que posee dicha provincia y por su crecimiento demográfico.

¿Sus alumnos incluidos son usuarios de dispositivos de salud mental?

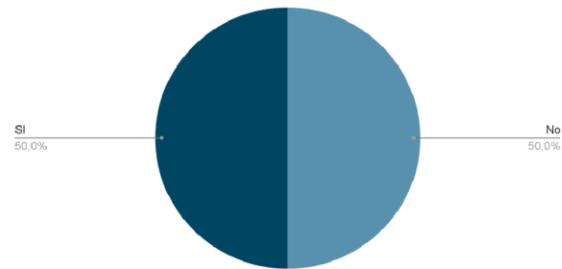


Gráfico 4: Cantidad de alumnos incluidos por salón

Como podemos ver, la relación entre usuarios de dispositivos de salud mental pública o privada es prevalente en las infancias. La mitad de ellos poseen accesos a servicios de salud mental y la otra mitad no. Presumimos, de acuerdo a lo conversado con los docentes, que el porcentaje que sí posee atención a la salud mental es porque tienen algún tipo de cobertura de la seguridad social.

¿Conoce la conformación de los dispositivos de salud mental a los que recurren los alumnos y sus familias?

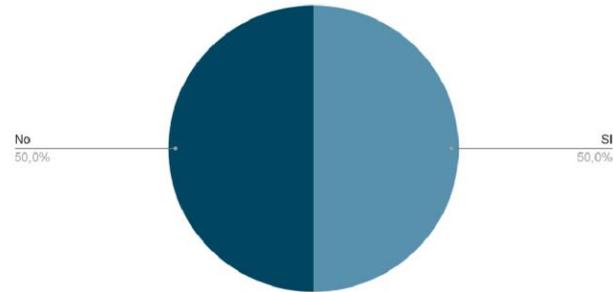


Gráfico 5: Conocimiento por parte de los docentes de los dispositivos de salud mental.

Como podemos ver, en este apartado se refleja la parcialidad y la polaridad en relación al conocimiento de los dispositivos de salud mental. Es más, podríamos inferir también un posible desconocimiento de lo que se entiende por salud mental de acuerdo a los tiempos que atravesamos.

¿Comprende la figura y el aporte profesional que se otorga desde el campo del Acompañamiento Terapéutico?

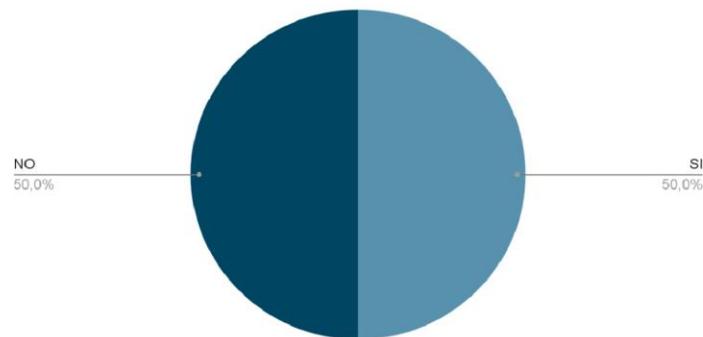


Gráfico 6: Conocimiento por parte de los docentes de los dispositivos de AT

De manera general podemos decir que las docentes del primer ciclo de primaria están familiarizadas con ambas: El acompañante terapéutico y la maestra para la inclusión. Queda la duda aquí si es que para ellas ambos profesionales forman parte de lo mismo y con las mismas formaciones ya que ambos difieren en su concepción, rol terapéutico y campo profesional.

¿Posee alumnos que cuentan con Acompañantes Terapéuticos? ¿Cuántos?

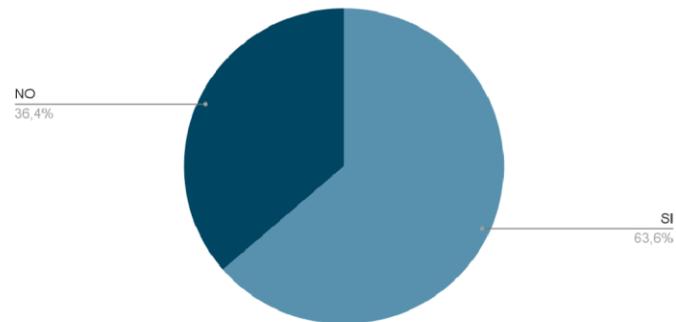


Gráfico 7: Conocimiento por parte de los docentes de los dispositivos de AT

Se puede afirmar que la mayoría de los docentes tiene conocimiento de los dispositivos de acompañamiento terapéutico, pero pudimos apreciar en las diferentes encuestas que no tiene bien en claro el rol y las funciones del mismo dentro del ámbito escolar.

¿Comprende lo que se aborda desde el paradigma de la inclusión de las minorías sexo - afectivas desde las infancias

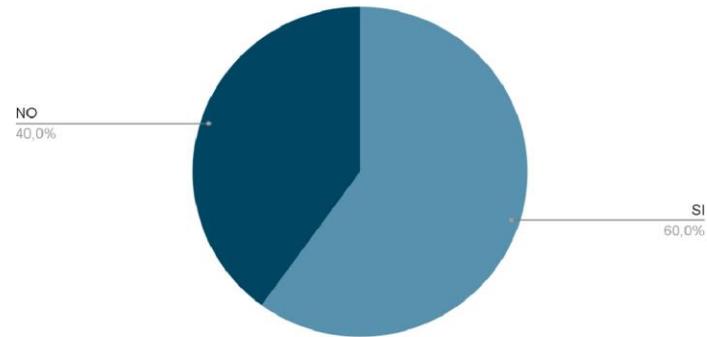


Gráfico 8: Conocimiento por parte de los docentes de la inclusión sexo afectiva en la primera infancia.

En el mismo se puede constatar que hay un conocimiento del tema de inclusión sexo afectiva, pero también se puede evidenciar que hay un 40% de docente que no conocen del tema.

¿Conoce si el dispositivo de atención a la inclusión de su comunidad educativa cuenta con especialistas en el área de la

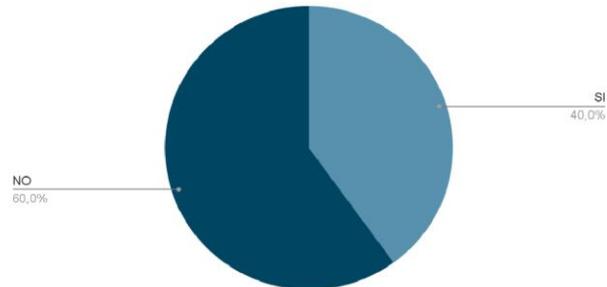


Gráfico 9: Conocimiento de la especificidad de la formación en diversidades sexo afectivas por parte del GPI / Dispositivo de salud mental

Podemos reflejar mediante esta parte de la encuesta que más del 50% de los docentes no conoce los dispositivos de atención dentro de su comunidad educativa.

¿Tiene predisposición por conocer más en relación a la inclusión de las diversidades sexo afectivas?

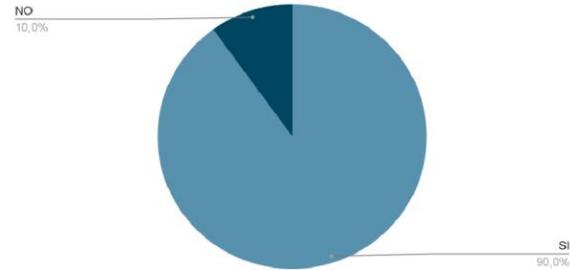


Gráfico 10: Predisposición de los docentes a la formación en temáticas de inclusión sexo afectivas

Se puede estimar que la mayoría de los docentes encuestados se mostraron interesados en capacitarse en esta temática.

¿Considera que el rol del docente es trascendente / importante a la hora de la construcción colectiva de la salud mental de las

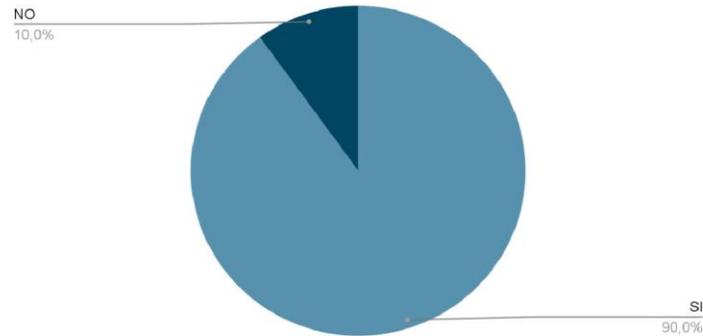


Gráfico 11: Apreciación sobre el docente como un eslabón importante en la construcción de la salud mental en las primeras infancias

Se puede constatar que la mayoría de los docentes consideran significativo su rol dentro de las instituciones escolares.

5.2 Proyecciones en relación a la problemática abordada

Partiendo de los análisis realizados en el 5.1 vemos una gran serie de aportes que este trabajo puede realizar a la profesión y profesionalización del AT. En primer lugar vemos que desde el campo de la formación docente aún no está explícita la claridad de necesidad de formación en atención a las diversidades, por su puesto centrándonos en las diversidades sexo afectivas. Si bien el plan de estudios jurisdiccional de formación docente incorpora espacios como ESI y Sujeto de la educación primaria, consideramos que no es suficiente abarcar profundamente con el campo de atención a las diversidades sexo afectivas. Comprendemos desde este trabajo que incluirlas es hablar de una verdadera educación integral e inclusiva, una educación responsable, solidaria que se enmarca dentro de la atención primaria a la salud. Las infancias son el eslabón más débil para acompañar pero también el que más aporta a nuestra formación como AT.

De la misma manera, consideramos que el presente trabajo exploratorio será la base para futuras investigaciones de tipo cuantitativa exclusivamente, correlaciones y transversales, ya que el campo de desarrollo científico en el país se encuentra en plena vía de desarrollo. Algo necesario de nombrar aquí es como los referentes jurisdiccionales no pueden accionar, a menos de manera indirecta en el cambio de planes de estudios de la jurisdicción para dar cuenta a las necesidades de acompañamiento terapéutico en las infancias, como así también la protección mental integral de los usuarios del sistema de educación superior quienes serán los formadores de infancias en un devenir no muy lejano. Ambos deben estar cuidados y acompañados, es por ello que vemos aquí un gran área de inserción del rol profesional del licenciado en AT. Con su introducción a los equipos interdisciplinarios de salud mental se lograrán varios cambios positivos a corto plazo en la atención de las primeras instancias.

Enmarcados dentro del modelo de inclusión educativa, pretendemos que este trabajo final de grado contribuya a otorgar visibilidad a la figura de Acompañante Terapéutico como posible dispositivo de abordaje que suponemos eficiente a la hora de realizar Procesos de inclusión educativa. Creemos necesaria la elaboración de políticas Institucionales y estatales, que materialicen esta propuesta y garanticen el acceso a este modelo de abordaje a todo aquel que se vea beneficiado con el mismo o cuya permanencia dentro del sistema educativo dependa de su implementación. De este modo, la prestación de este servicio recaería sobre las instituciones de enseñanza, sean éstas públicas o privadas. Promover la inclusión no significa lo diferente ni normalizar, sino defender un cambio de paradigma. Defendemos este cambio en las formas de pensar a favor de las diferencias, este cambio de paradigma tiene como columna vertical el concepto de diversidad y al mismo tiempo trabaja a favor de la igualdad en el sentido de garantizar derechos y deberes en las infancias.

El campo de desarrollo profesional del AT, tal como lo hemos visto reflejado en el inicio, en el desarrollo y en el análisis de las encuestas revela una necesidad muy importante: la necesidad de licenciados en AT con formación y perspectiva de género para poder abarcar a los colectivos disidentes y con menos acceso a las garantías del Estado. Poder generar espacios de formación, discusión y ejecución de proyectos tendientes a fortalecer la salud mental de estas infancias se da solamente si el equipo de intervención está formado en Diversidades Sexo Afectivas en las Infancias, caso contrario no podrá entender la magnitud de lo que se debe trabajar.

5.3 Conclusiones

En relación al objetivo general propuesto al inicio de esta investigación, logramos retratar y detallar las realidades en inclusión educativa en Misiones y Neuquén, desde el rol del AT, poniendo énfasis en la discusión sobre la formación del docente del nivel primario y los dispositivos terapéuticos del mismo nivel. En cuanto a las diversidades sexo afectivas en la infancia seguimos considerando que es un área de abordaje muy inmediato y necesario para poder hablar así de "formación integral" en el nivel primario, partiendo de un supuesto que es la atención primaria de la salud (mental).

En relación al primer objetivo específico, desde el rol del AT, se analizaron las políticas educativas nacionales para la formación docente del nivel primario, siendo estas muy decorosas en el espíritu de la ley 26206, pero con una aplicación pobre en las provincias analizadas.

En el segundo objetivo específico, se pesquisaron los planes de estudios para la formación docente de nivel primario y su relación con la inclusión. A manera parafrasear lo hallado, se puede mencionar que, el actual plan de estudio en la pcia. de Misiones (2014), no considera a la inclusión como una política del nivel. No obstante, en el nuevo plan de estudios que se encuentra en discusión y cuya aprobación está prevista por la COFEA¹⁶ en el año 2025, se encuentran espacios orientados a la inclusión como: Educación para inclusión, Educación desde el paradigma de las problemáticas del neurodesarrollo, Educación sexual integral, educación integral y Alfabetización socioemocional.

A manera sorpresiva, pudimos detallar que los dispositivos terapéuticos dedicados a la diversidad e inclusión presentes en el nivel primario del sistema educativo provincial de la pcia. de Misiones no cuenta con la presencia del AT, como así tampoco cuenta con profesionales formados con perspectiva de género para atender a las sensibilidades diverso afectivas y diverso sexuales.

Proponemos entonces la integración urgente de los profesionales del campo del acompañamiento terapéutico a los dispositivos de salud mental en todos sus niveles y formas, específicamente en las primeras infancias. Consideramos además, la pronta

¹⁶ Consejo Federal de Acreditación de Títulos Terciarios

puesta en marcha de talleres, seminarios y simposios para la sensibilización, la formación y la acción de actividades que promuevan la salud colectiva de este grupo minoritario. De la misma manera, abogamos y celebramos la actualmente sancionada Ley de Acompañamiento Terapéutico en la Pcia. De Misiones, legislada 6 de octubre de 2023. Ley que cuyo órgano de aplicación y control será el Ministerio de Salud de la Pcia. otorgando la matriculación a los profesionales del campo. Esto sin duda alguna viene a revalorizar y proponer mayores espacios de mejora continua para el ejercicio profesional. Desde el Rol del A.T, con formación en Diversidades Sexo Afectivas, es su función hallar espacios de mejoras plausibles y realizar propuestas tanto a la formación docente de nivel primario como a los dispositivos terapéuticos del mismo nivel educativo, favorecer la inclusión genuina de las infancias, contemplando una APS que potencialice la salud mental y el desarrollo integral de sus usuarios.

Para ir finalizando, podemos comparar el trabajo del AT con un árbol cuyas hojas están reemplazadas por manos. Esto nos acerca a la noción de pluralidad en la intervención terapéutica cuyo fin es brindar una mano y “florece” mientras se va entretrejiendo el vínculo humano. Decimos “florece” porque, tal como lo propone Frank, M. (2022), el **vínculo** con el otro tiene un efecto transformador porque es respetuoso de la subjetividad del acompañado.

Asimismo, el equipo terapéutico, según la OMS, es una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible. Este equipo es el primer paso hacia la construcción de la grupalidad y de la ideación de dispositivos.

Para ir cerrando, recalamos la importancia de transitar dispositivos, que, según Barembliitt (1992), es un montaje o artificio producto de innovaciones que generan acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo Radical (esencial). El dispositivo de A. T. es una alternativa eficaz para rescatar subjetividades, trayectos individuales y promover el lazo social. Importante es señalar que una vez montado el dispositivo puede funcionar en una instancia individual, grupal, institucional o comunitaria.

En los abordajes interdisciplinarios hay varios lenguajes y varias conversaciones sobre el acompañado. Según Kuras y Resnizky (2003) estos abordajes constituyen un equipo terapéutico que desempeña diferentes funciones en distintas áreas. El equipo se

transformará en una red terapéutica y es por eso que la relación entre sus miembros adquirirá enorme significación al proceso terapéutico.

Finalmente, la familia, en el desarrollo de las primeras infancias es trascendental. El A.T. trabaja en-con lo cotidiano, en el entorno del sujeto. Ya que intervenir en lo cotidiano puede generar modificaciones en la subjetividad, en la red social y familiar. Puede hacer visible lo que la cotidianeidad oculta. Revela roles estereotipados, observa formas de habitar el espacio, el tiempo y ritmo de otro, las presencias, las ausencias.

Para cerrar esta investigación citamos a Frank, M. (2022), quien establece que el vínculo que constituye la familia se organiza a partir de lugares y funciones. Los lugares tienen que ver con los tipos de vínculos (simétricos o asimétricos). Luego la red se va expandiendo y habitamos otras conexiones por la que transita el sujeto ya sea en una institución educativa, un club en el barrio, etc. De esta forma, mediante este TFI, dejamos retratado el valioso recorrido que hemos entretenido a lo largo del ciclo de complementación curricular de acompañamiento terapéutico y sus correspondientes aplicaciones al campo del AT. Dejamos muchas inquietudes abiertas desde este trabajo y esperamos que sea la base de muchísimas investigaciones más sobre el acompañamiento terapéutico en las infancias, infancias que constituyen el primer momento de conformación de un psiquismo empático y pro social. Muchas gracias Profesora María Sol Escalante y Profesores del todo recorrido de la carrera. Hasta pronto.

5.4 ANEXOS

FORMATO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA A SECRETARIO ESCOLAR ZONAL / O EQUIVALENTE SOBRE EQUIPOS TERAPÉUTICOS DISPONIBLES EN LA ZONA

- 1) ¿Cuántas instituciones de educación primaria se encuentran en esta zona?
- 2) Aproximadamente ¿Cuántas familias / alumnos son usuarios directos de este nivel educativo?
- 3) ¿Cuáles son las problemáticas en materia de inclusión que más resuenan en este contexto?
- 4) ¿Cuántos dispositivos terapéuticos se encuentran en funcionamiento en la actualidad?
- 5) ¿Se logra cubrir las demandas de salud mental detectadas en el nivel educativo primario de esta zona?
- 6) ¿Cómo está conformado el equipo terapéutico de intervención oficial?
- 7) Desde el organigrama funcional oficial del dispositivo terapéutico ¿Cuentan con la figura del Acompañante Terapéutico?
- 8) Desde la actividad privada y aproximadamente ¿Cuántos Acompañantes Terapéuticos acompañan a los alumnos con problemáticas de inclusión?
- 9) ¿Existe alguna política específica en materia de inclusión pensada desde las diversidades sexo afectivas en la primera infancia?
- 10) Los equipos / dispositivos de atención a la salud mental e inclusión ¿Cuentan con profesionales formados en el área de las diversidades sexo afectivas?
- 11) Los AT que se encuentran ejerciendo su labor ¿Cuentan con especialidad en el área de diversidades sexo – afectivas?
- 12) ¿Desea incluir alguna información contextual, histórica, cultural que sea de relevancia a la temática en cuestión?

FORMATO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA A REFERENTE DE FORMACIÓN DOCENTE DE NIVEL PRIMARIO ZONAL / O EQUIVALENTE

- 1) En el Actual Plan Curricular de formación docente de nivel primario: ¿Existen materias orientadas a la sensibilización sobre el cuidado de la salud mental de los sujetos usuarios de la educación primaria? ¿Cómo se nomina a dichas materias (Unidades Curriculares)?
- 2) ¿Existen PCs (proyectos curriculares institucionales) que trabajen la atención primaria de la salud mental?
- 3) ¿Cómo se incluye al paradigma de la inclusión de las infancias desde el actual plan de estudios de la jurisdicción?
- 4) ¿Está contemplado en la formación continua de la jurisdicción el abordaje en temáticas de inclusión? ¿De qué manera?
- 5) ¿Cómo se incluye al paradigma de la inclusión pensada desde las diversidades sexo – afectivas en la formación docente de nivel primario?
- 6) ¿Existen dispositivos de atención a salud mental para los futuros docentes que interactuarán con las infancias?
- 7) ¿Está en conocimiento de las formas de actuar profesional, los dispositivos en los que puede formar parte, asociados al perfil profesional en Acompañamiento Terapéutico?
- 8) ¿Qué sugerencias haría al plan de estudios en relación a la formación docente, dentro del paradigma de inclusión de las diversidades sexo – afectivas?

FORMATO DE CUESTIONARIO A DOCENTES – ACTORES DEL NIVEL PRIMARIO DE EDUCACIÓN

Edad:

Sexo:

Antigüedad en el cargo:

Región / Ciudad:

Ciclos pedagógicos que maneja:

Unidades Curriculares que desarrolla:

PREGUNTAS	SI	NO	INFORMACIÓN EXTRA QUE CONSIDERA RELEVANTE
¿Tuvo formación durante su carrera en temáticas referidas a la inclusión de la diversidad?			
¿Pudo tomar capacitaciones / formaciones / diplomaturas / especializaciones en temáticas asociadas a la inclusión?			
¿Trabaja con alumnos "Incluidos? ¿Cuántos?			
¿Sus alumnos incluidos son usuarios de dispositivos de salud mental?			
¿Conoce la conformación de los dispositivos de salud mental a los que recurren los alumnos y sus familias?			
¿Comprende la figura y el aporte profesional que se otorga desde el campo del Acompañamiento Terapéutico?			
¿Posee alumnos que cuentan con Acompañantes Terapéuticos? ¿Cuántos?			
¿Comprende lo que se aborda desde el paradigma de la inclusión de las minorías sexo - afectivas desde las infancias tempranas?			
¿Pudo tomar capacitaciones / formaciones / diplomaturas / especializaciones en temáticas			

asociadas a la inclusión de las diversidades sexo afectivas?			
¿Conoce si el dispositivo de atención a la inclusión de su comunidad educativa cuenta con especialistas en el área de la inclusión de las diversidades sexo afectivas?			
¿Le gustaría conocer el rol del Acompañamiento Terapéutico con las diversidades sexo afectivas?			
¿Tiene predisposición por conocer más en relación a la inclusión de las diversidades sexo afectivas?			
¿Considera que el rol del docente es trascendente / importante a la hora de la construcción colectiva de la salud mental de las infancias, especialmente en las diversidades sexo afectivas?			

PLAN DE ESTUDIO JURISDICCIONAL / PROVINCIAL – FORMACIÓN DOCENTE EN
NIVEL PRIMARIO – PROVINCIA DE NEQUÉN - ARGENTINA



RESOLUCIÓN N° 1689
EXPEDIENTE N° 5721-008799/15

ANEXO I

PLAN DE ESTUDIOS N° 639
PROFESORADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA



Denominación de la Carrera: "Profesorado de Educación Primaria"
Actividad: Docente
Nivel: Superior
Modalidad: Presencial
Ciclo: Profesorado
Especialidad: Profesorado de Educación Primaria
Duración: Cuatro (4) años
Título a otorgar: Profesor/a de Educación Primaria
Carga horaria total: horas cátedra: 4.048 horas reloj; 2.698
Condiciones de Ingreso: Secundario Completo

CAJA CURRICULAR:

PLAN DE ESTUDIO N° 639
PROFESORADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA

PRIMER AÑO

RÉGIMEN ANUAL

Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-01-01	Didáctica General	3	12
639-01-02	Lectura, Escritura y Oralidad	3	12
639-01-03	Espacio de Experimentación Estético Expresiva	3	24
639-01-04	Práctica I	6	24
639-01-05	Análisis de las Experiencias en las Disciplinas Escolares	4	24

Total de horas Cátedra del Régimen Anual: 608

Total de horas a imputar para el Régimen Anual: 96

RÉGIMEN CUATRIMESTRAL

PRIMER CUATRIMESTRE

Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-01-06	Constitución de la Subjetividad en Contextos Educativos	4	6
639-01-07	Enfoque Sociocultural de la Educación	6	12
639-01-08	Espacio de Definición Institucional I	2	6

Total de horas Cátedra del Primer Cuatrimestre: 192

Total de horas a imputar para el Primer Cuatrimestre : 24

ES COPIA

DANIEL EDUARDO FAYLLALAJ
Director General de Despacho,
Consejo Provincial de Educación

RÉGIMEN CUATRIMESTRAL			
Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-01-09	Enfoque Histórico Político de la Educación Argentina	6	12
639-01-10	Conocimiento	6	12
Total de horas Cátedra del Segundo Cuatrimestre:		12	24
Total de horas a imputar para el Segundo Cuatrimestre:		24	
TOTAL CARGA HORARIA PRIMER AÑO			
Total de horas cátedra en el Primer Año:		992	
Total de horas reloj en el Primer Año:		661	
Total de Horas a Imputar de Primer Año:		144	

RÉGIMEN ANUAL			
Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-02-01	Lenguajes Artísticos	3	24
639-02-02	Práctica II	6	24
639-02-03	Sujeto de la Educación Primaria	3	12
639-02-04	Didáctica de la Matemática I	4	12
639-02-05	Didáctica de la Lengua I	4	12
639-02-06	Didáctica de las Ciencias Sociales I	4	12
639-02-07	Didáctica de las Ciencias Naturales I	4	12
Total de horas Cátedra del Régimen Anual:		29	108
Total de horas a imputar para el Régimen Anual:		108	

RÉGIMEN CUATRIMESTRAL PRIMER CUATRIMESTRE			
Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-02-08	Instituciones Educativas	6	12
639-02-09	Espacio de Definición Institucional II	2	6
Total de horas Cátedra del Primer Cuatrimestre:		8	18
Total de horas a imputar para el Primer Cuatrimestre:		18	

RÉGIMEN CUATRIMESTRAL SEGUNDO CUATRIMESTRE			
Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-02-10	Aprendizaje	4	6
639-02-11	Nuevas Tecnologías en la Enseñanza	4	6
Total de horas Cátedra del Segundo Cuatrimestre:		8	12
Total de horas a imputar para el Segundo Cuatrimestre:		12	
TOTAL CARGA HORARIA SEGUNDO AÑO			
Total de horas cátedra en el Segundo Año:		1.136	
Total de horas reloj en el Segundo Año:		757	
Total de Horas a Imputar de Segundo Año:		138	

COPIA

S. Daniel Eduardo Pappalardo
Secretario General de Instrucción
Consejo Provincial de Educación

RÉGIMEN CUATRIMESTRAL PRIMER CUATRIMESTRE			
Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-04-06	Historia Socio Política Latinoamericana y Argentina	4	6
639-04-07	Derechos Humanos: Educación Intercultural	2	6
639-04-08	Filosofía de la Educación	3	6
639-04-09	Legislación Educativa y Derechos Laborales Docentes	3	6
Total de horas Cátedra del Primer Cuatrimestre:		12	24
Total de horas a imputar para el Primer Cuatrimestre:		24	

RÉGIMEN CUATRIMESTRAL SEGUNDO CUATRIMESTRE			
Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-04-10	Espacio de Definición Institucional IV	3	6
639-04-11	Espacio de Definición Institucional V	3	6
Total de horas Cátedra del Segundo Cuatrimestre:		6	12
Total de horas a imputar para el Segundo Cuatrimestre:		12	

TOTAL CARGA HORARIA CUARTO AÑO			
Total de horas cátedra en el Cuarto Año:		864	
Total de horas reloj en el Cuarto Año:		576	
Total de Horas a Imputar de Cuarto Año:		84	

TOTAL HORAS CÁTEDRA DE LA CARRERA:			
TOTAL HORAS RELOJ DE LA CARRERA:		4.048	
TOTAL DE HORAS A IMPUTAR PRESUPUESTARIAMENTE:		2.698	
		504	

S. Daniel Eduardo Pappalardo
Secretario General de Instrucción
Consejo Provincial de Educación



RÉGIMEN ANUAL TERCER AÑO			
Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-03-01	Afianzamiento Inicial: Lengua Escrita y Sistema de Numeración	4	24
639-03-02	Didáctica de la Matemática II	4	12
639-03-03	Literatura y Formación de Lectores	4	12
639-03-04	Didáctica de las Ciencias Sociales II	4	12
639-03-05	Didáctica de las Ciencias Naturales II	4	12
639-03-06	Problemática de la Enseñanza en la Educación Primaria	3	12
639-03-07	Residencia I	6	36
Total de horas Cátedra del Régimen Anual:		29	120
Total de horas a imputar para el Régimen Anual:		120	

RÉGIMEN CUATRIMESTRAL PRIMER CUATRIMESTRE			
Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-03-08	Problemáticas y Perspectivas Pedagógicas	4	6
Total de horas Cátedra del Primer Cuatrimestre:		4	6
Total de horas a imputar para el Primer Cuatrimestre:		6	

RÉGIMEN CUATRIMESTRAL SEGUNDO CUATRIMESTRE			
Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-03-09	Espacio de Definición Institucional III	2	6
639-03-10	Derechos Humanos: Educación Sexual Integral y Relaciones de Género	2	6
Total de horas Cátedra del Segundo Cuatrimestre:		4	12
Total de horas a imputar para el Segundo Cuatrimestre:		12	

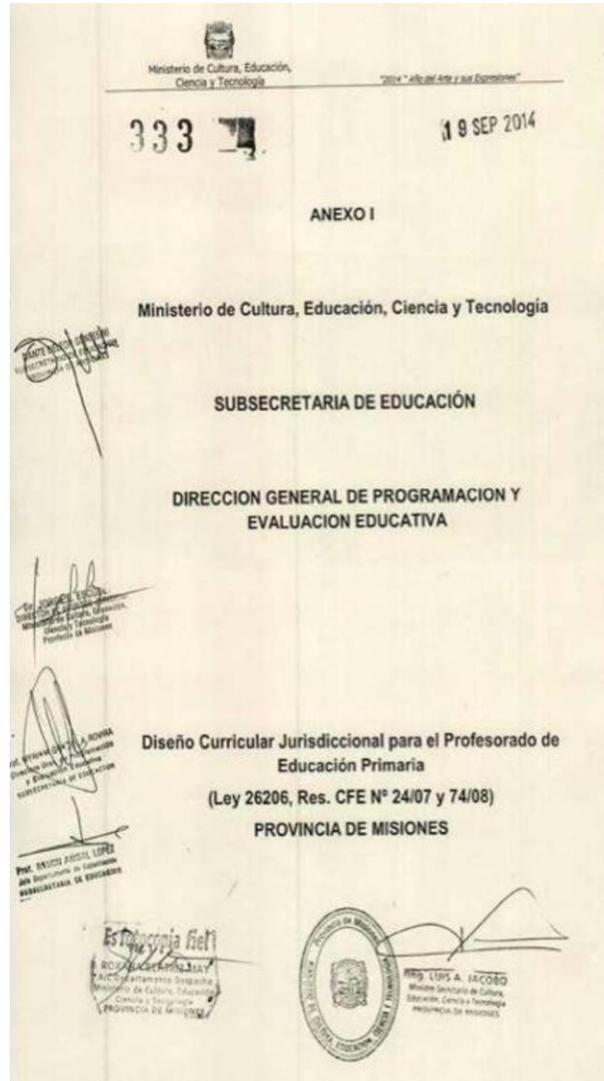
TOTAL CARGA HORARIA TERCER AÑO			
Total de horas cátedra en el Tercer Año:		1.056	
Total de horas reloj en el Tercer Año:		704	
Total de Horas a Imputar de Tercer Año:		138	

RÉGIMEN ANUAL CUARTO AÑO			
Código	Materia	Horas Cátedra	Horas Imputables
639-04-02	Didáctica de la Matemática III	3	6
639-04-03	Didáctica de la Lengua II	3	6
639-04-04	Didáctica de las Ciencias Sociales III	3	6
639-04-05	Didáctica de las Ciencias Naturales III	3	6
639-04-05	Residencia II	6	36
Total de horas Cátedra del Régimen Anual:		18	60
Total de horas a imputar para el Régimen Anual:		60	

COPIA

S. Daniel Eduardo Pappalardo
Secretario General de Instrucción
Consejo Provincial de Educación

PLAN DE ESTUDIO JURISDICCIONAL / PROVINCIAL – FORMACIÓN DOCENTE EN
NIVEL PRIMARIO – PROVINCIA DE MISIONES - ARGENTINA



Ministerio de Cultura, Educación, Ciencia y Tecnología

"2014 - Año del Arte y sus Derivados"

333 18 SEP 2014

J.3. CARGA HORARIA POR CAMPO Y PORCENTAJES RELATIVOS

Campo/ Instancia	Año										Carga Horaria Total por Campo		
	Primer		Segundo		Tercer		Cuarto		Quintados		Citas Absolutas		Porcentaje
	Hs. C.A.	Hs. Relatg	Hs. C.A.	Hs. Relatg	Hs. C.A.	Hs. Relatg	Hs. C.A.	Hs. Relatg	Hs. C.A.	Hs. Relatg	Hs. C.A.	Hs. Relatg	
Campo de la Formación General	448	336	176	132	176	132	102	144			890	744	24,00%
Campo de la Formación Específica	284	288	672	504	572	364	284	208	44	44	2816	1912	50,40%
Campo de la Formación en la Práctica Profesional	120	96	160	120	160	120	320	240			784	576	19,20%
Espacios de Enseñanza Institucional	48	36	48	36	64	48	64	48			224	168	5,60%
Total	1008	756	1056	792	912	684	960	720	44	44	4000	3000	100%

Ing. LUIS A. JACOBO
Ministerio de Cultura, Educación, Ciencia y Tecnología

Ministerio de Cultura, Educación, Ciencia y Tecnología

"2014 - Año del Arte y sus Derivados"

333 18 SEP 2014

J.4. ESTRUCTURA CURRICULAR POR AÑO Y CAMPO DE FORMACIÓN

ANOS ACAD.	CAMPO DE LA FORMACIÓN GENERAL	CAMPO DE LA FORMACIÓN ESPECÍFICA	CAMPO DE LA FORMACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL	INSTANCIA DE DEFINICIÓN INSTITUCIONAL
1 ^{er} año 600 Hs. 300 Hs. C.A.	<ul style="list-style-type: none"> Prácticas (A. Hs. 5 - 100 hs anual) Psicología (A. Hs. 5 - 90 hs anual) Psicología Educativa (A. Hs. 5 - 100 hs anual) Historia y Política de la Educación Superior y Universitaria (A. Hs. 5 - 90 hs anual) 	<ul style="list-style-type: none"> Lengua y Literatura (A. Hs. 5 - 90 hs anual) Matemática (A. Hs. 5 - 90 hs anual) Ch. Sociales (A. Hs. 5 - 90 hs anual) Ch. Naturales (A. Hs. 5 - 90 hs anual) 	<ul style="list-style-type: none"> Prácticas I. Cultura y valores institucionales (A. Hs. 5 - 100 hs anual) 	<ul style="list-style-type: none"> Unidad Curricular I (A. Hs. 3 - 90 - 45 Hs. P. C.)
2 ^{do} año 600 Hs. 300 Hs. C.A.	<ul style="list-style-type: none"> Estadística General (A. Hs. 5 - 100 hs anual) 100 (A. Hs. 5 - 45 Hs. P. C.) 	<ul style="list-style-type: none"> Logica del Nivel Intermedio (A. Hs. 5 - 90 hs anual) Matemática Intermedia y del Examen (A. Hs. 5 - 90 hs anual) Psicología y su Enseñanza (A. Hs. 5 - 90 hs anual) Ch. Sociales y su Enseñanza (A. Hs. 5 - 90 hs anual) Ch. Naturales y su Enseñanza (A. Hs. 5 - 90 hs anual) Educación Física en el Nivel Intermedio (A. Hs. 5 - 90 hs anual) 	<ul style="list-style-type: none"> Prácticas I. Exámenes de la Práctica Docente (A. Hs. 5 - 160 hs anual) 	<ul style="list-style-type: none"> Unidad Curricular II (A. Hs. 3 - 45 Hs. P. C.)
3 ^{er} año 600 Hs. 300 Hs. C.A.	<ul style="list-style-type: none"> 100 (A. Hs. 5 - 45 Hs. P. C.) 	<ul style="list-style-type: none"> 100 (A. Hs. 5 - 45 Hs. P. C.) 100 (A. Hs. 5 - 45 Hs. P. C.) 100 (A. Hs. 5 - 45 Hs. P. C.) 100 (A. Hs. 5 - 45 Hs. P. C.) 	<ul style="list-style-type: none"> Prácticas de la Enseñanza (A. Hs. 5 - 160 hs anual) 	<ul style="list-style-type: none"> Unidad Curricular III (A. Hs. 3 - 45 Hs. P. C.)
4 ^{to} año 600 Hs. 300 Hs. C.A.	<ul style="list-style-type: none"> 100 (A. Hs. 5 - 45 Hs. P. C.) 	<ul style="list-style-type: none"> 100 (A. Hs. 5 - 45 Hs. P. C.) 100 (A. Hs. 5 - 45 Hs. P. C.) 100 (A. Hs. 5 - 45 Hs. P. C.) 100 (A. Hs. 5 - 45 Hs. P. C.) 	<ul style="list-style-type: none"> Prácticas de la Enseñanza (A. Hs. 5 - 160 hs anual) 	<ul style="list-style-type: none"> Unidad Curricular IV (A. Hs. 3 - 45 Hs. P. C.)

Ing. LUIS A. JACOBO
Ministerio de Cultura, Educación, Ciencia y Tecnología

Ministerio de Cultura, Educación, Ciencia y Tecnología
2014 "Año del Arte y sus Escenarios"

333 19 SEP 2014

<p>EP 4º y 5º 11 de 1 UC GP 60 hrs</p> <p>TOTAL 20 UC 20 semanas 800 hrs</p>	<p>11 UC y 116 HC (2400 hrs) 1 Unidad Curricular 8 Asignaturas, 3 Talleres, 2 Seminarios</p>	<p>• Lengua castellana en el Nivel Primario (7 años, 6-64 hs) • Castellano • Castellano Escrito y TIC (3 años, 5-64 hs)</p> <p>20 UC (116+1 GP) y 206 HC (206 600 hrs) 10 unidades y 1 taller/seminario 14 Asignaturas, 1 Taller, 1 Seminario, 6 AP</p>	<p>4 UC y 196 HC (19.600 hrs) 4 unidades y 2 talleres/seminarios 3 Talleres y 2 Prácticas Docentes</p>	<p>4 UC y 204 HC (20.400 hrs) 4 UC 2 Talleres, 2 Coordinaciones</p>
--	--	---	--	---

REFERENCIAS: A: ASIGNATURA; T: TALLER; S: SEMINARIO; PR: PRÁCTICA DOCENTE; UC: UNIDAD CURRICULAR; AP: A DEFINIR POR LA INSTITUCIÓN; AT: ATENIDO; HS: HS B;
HORAS SEMANALES; HS T: HORAS TOTALES; HC: HORAS CATEDRA; GP: OPCIONAL

NOTA: LA CARGA HORARIA ESTÁ EXPRESADA EN HORAS CATEDRA DE 45 MINUTOS.


 DR. LUIS A. JACEDO
 Ministro Secretario de Cultura,
 Educación, Ciencia y Tecnología
 (Provincia de Misiones)

Fig. 18

Ministerio de Cultura, Educación, Ciencia y Tecnología
2014 "Año del Arte y sus Escenarios"

333 19 SEP 2014

1.4.1 UNIDADES CURRICULARES CON PAREJA PEDAGÓGICA

Desde el primer año se prevén horas presenciales para el dictado de clases en el ISFD y para el desarrollo de actividades en las instituciones educativas asociadas. Este proceso de aproximación paulatina a la realidad escolar requiere de un trabajo colaborativo entre formadores, co-formadores y alumnos, con el fin de conjugar las diversas dimensiones de la teoría, la práctica y la profesión docente desde una mirada y una actuación comprometida y crítica que posibilite las herramientas conceptuales y metodológicas para interpretar lo que sucede en las aulas, implica la construcción de un espacio que habilite la constante articulación entre éstas.

Es por ello que se proponen UC a cargo de equipos de cátedra o parejas pedagógicas que se constituirán conforme a las características específicas de dichas Unidades (pudiendo compartir la carga horaria de manera parcial o total)

Año	Unidad Curricular	Horas cátedra de la UC (alumnos)	Horas Docente	
			1	2
1er Año	Práctica I	4	2	4
	Historia y Política de la Educación Argentina y Latinoamericana	3	3	3
2do Año	Práctica II	5	3	2
3er Año	Prácticas de Enseñanza	8	4	2


 DR. LUIS A. JACEDO
 Ministro Secretario de Cultura,
 Educación, Ciencia y Tecnología
 (PROVINCIA DE MISIONES)

Fig. 19

5.5 Referencias bibliográficas:

- ✓ Aguirre, J. (2020). Proceso salud - enfermedad - atención - prevención". UGR.
- ✓ Almeida Filho, N. (2005). Epidemiología sin números. Ed. Luga. Bs. As.
- ✓ Almeida Filho, N. (2008). Introducción a Epidemiología. Ed. Luga. Bs as.
- ✓ Ainscow, M. (2001). Desarrollo de escuelas inclusivas. Ed. University of Manchester. Londres.
- ✓ Barenblitt, G. (1992). Compendio de Análisis Institucional y otras corrientes. Brasil: Ed. Rosa dos Tempos. Brasil
- ✓ Booth, T. y Ainscow, M. (2000) Index for Inclusion. Developing learning and participation in schools. (Índice para la inclusión). El desarrollo del aprendizaje y la participación en la escuela). London: CSIE.
- ✓ Booth, T. y Ainscow, M. (2015). Guía para la Educación Inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares. London.
- ✓ Breilh, J. (2003). Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Ed. Lugar. Buenos aires.
- ✓ Bruner, J. (1999). La educación puerta de la cultura. España. Editores Visor.
- ✓ Castro, R. Teoría Social y Salud. (1992). Ed. Lugar. Buenos Aires.
- ✓ Carletti, G. M. (2013). Hacia una escuela inclusiva: un aporte desde las estrategias de la gestión. San Luis: Revista RUEDES 27-44.
- ✓ Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 Septiembre de 1978.
- ✓ Foucault, M. (1967). Historia de la Locura en la Época Clásica. México: Fondo de Cultura Económica.
- ✓ Frank, M. (2022). Lo vincular en el campo terapéutico.
- ✓ Flores, M. (2007). Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- ✓ Galende, E. (1990). Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. Ed. Los Autores. Bs. As.
- ✓ Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental, para una crítica de la razón psiquiátrica. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- ✓ Galli, V.
- ✓ Gómez, N. V. y Toledo, G. A. (2016) "La institución escolar en Argentina: de la igualdad a la inclusión". Buenos Aires.

- ✓ Laurell, Asa C. (1986). "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina".
- ✓ Ley de Educación Nacional 26.206 Sancionada: diciembre 14 de 2006. Promulgada: diciembre 27 de 2006. En el Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Buenos Aires.
- ✓ Ley Nacional de Salud Mental 26657.
- ✓ Kuras Mauer, S. y Resnizky, S. (1985). Acompañantes Terapéuticos y Pacientes Psicóticos. Manual introductorio a una estrategia clínica. Ed. Trieb. Buenos Aires.
- ✓ Kuras Mauer S. y Resnizky, S. (2003) Acompañantes Terapéuticos. Actualización Teórico - Clínica. Ed. Letra Viva. Buenos Aires.
- ✓ Kuras Mauer, S. y Resnizky, S. (2005). Territorios del Acompañamiento Terapéutico. Ed. Letra Viva. Buenos Aires.
- ✓ Menéndez, E. (1985). Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales.
- ✓ Menéndez, E. (1985). La Antropología Médica en México, T. I. R. Campos comp. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- ✓ Menéndez, L. (1990). Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. Ed. EDUNLa.
- ✓ Menéndez, E. (2010) "De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva". Buenos Aires, Lugar Editorial. –
- ✓ Menéndez, E. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. Región y Sociedad (en línea] 2008, Vol. XX. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10209802>> ISSN 1870 3925.
- ✓ Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género.
- ✓ Sabino, C. (1994). Cómo hacer una Tesis. Ed. Lumen, Buenos Aires.
- ✓ Silva Paim, J. (2011). Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI. Buenos aires. Lugar Editorial.
- ✓ Vaillant, D. "Mejorando la formación y el desarrollo profesional docente en Latinoamérica" en Revista Pensamiento Educativo, vol.41, n.2, 2007, pp.207-22. Disponible en <http://pensamientoeducativo.uc.cl/files/journals/2/articles/424/public/424941-1-PB.pdf> [Accedido en agosto de 2023].

