

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR  
Dispositivo alternativo de resocialización en niños.

Autor: Dolores Martínez del sel  
PROFESOR TUTOR: Natalia Da silva

## Índice.

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo General.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	4
3.1 Dispositivos alternativos de resocialización en salud mental.....	4
3.2 Los vínculos.....	9
3.3 Las actividades lúdicas.....	11
3.4 El trabajo interdisciplinario.....	14
3.5 El acompañamiento terapéutico.....	17
4. Metodología.....	21
4.1 Tipo de estudio.....	21
4.2 Participantes.....	21
4.3 Instrumento.....	22
4.4 Procedimiento.....	22
5. Desarrollo.....	23
5.1 Descripción de la institución.....	23
5.2 Describir el programa cuidar cuidando como dispositivo alternativo de resocialización en niños.....	24
5.3 Analizar la importancia de las actividades lúdicas realizadas por los niños con sus pares para lograr la resocialización en el programa cuidar cuidando.....	26
5.4 Describir los vínculos sociales que establecen los niños con los acompañantes y sus pares durante las actividades en el programa.....	29
5.5 Describir las tareas realizadas por los acompañantes para lograr la resocialización de los niños.....	31
5.6 Describir el trabajo interdisciplinario que llevan adelante los profesionales para lograr la resocialización en los niños.....	34
6. Conclusiones.....	36
7. Referencias Bibliográficas.....	40

## **Introducción.**

El presente trabajo tiene como objetivo describir la reinserción social de los niños que concurren a un programa alternativo de resocialización, realizado dentro del jardín zoológico de la ciudad de Buenos Aires, este programa se lleva adelante por un equipo interdisciplinario e interinstitucional desde hace ya 26 años.

En esta práctica se plantea la necesidad de articular la cura con la reinserción social, por lo que el programa se propone favorecer no sólo una recuperación psiquiátrica, sino también la producción de cambios en el modo de lazo social de los niños que participan.

La residencia se basa en acompañar a los niños ayudándolos en su integración con los demás miembros del programa, durante la mañana en sus actividades de alimentar a los animales en la granja, luego un espacio de recreación lúdica en la plaza del zoológico y por último una merienda que comparten todos juntos tanto los niños como el equipo de profesionales de la salud mental. Durante las actividades, es importante observar los vínculos que establecen los niños con los animales, sus pares y los acompañantes terapéuticos.

Además al finalizar las actividades de los niños, se realiza una reunión de equipo entre todos los profesionales de la salud mental estos son; psicólogos, psiquiatra, terapeutas ocupacionales y acompañantes terapéuticos para debatir sobre las conductas, relaciones, dificultades o evoluciones que puedan llegar a tener los niños en el tratamiento.

Lo que propone el programa es quitar al niño del lugar de paciente para ponerlo en un rol más activo en el cual, sea él quien debe cuidar a los animales, en lugar de ser él quien dependa del cuidado de los demás. De esta forma, se logra fomentar su rehabilitación y resocialización así como también el aprendizaje y la recreación en un espacio que para los niños resulta muy atractivo.

## **2. Objetivos.**

### **2.1 Objetivo general.**

Describir el programa cuidar cuidando como dispositivo alternativo de resocialización en niños.

### **2.2 Objetivos específicos.**

1 Analizar la importancia de las actividades lúdicas realizadas por los niños con sus pares para lograr la resocialización en el programa cuidar cuidando.

2 Describir los vínculos sociales que establecen los niños con los acompañantes y sus pares durante las actividades en el programa.

3 Describir las tareas realizadas por los acompañantes para lograr la resocialización de los niños.

4 Describir el trabajo interdisciplinario que llevan adelante los profesionales para lograr la resocialización en los niños.

### **3. Marco teórico.**

#### **3.1 Dispositivos alternativos de resocialización en salud mental.**

Como explica Michel Foucault en una entrevista concedida en el año 1977, en la cual se le pregunta acerca de que son los dispositivos, el autor los define como un conjunto heterogéneo de redes que comprenden dentro, de sus características, discursos distintivos, instalaciones arquitectónicas, instituciones, reglamentaciones, medidas administrativas, leyes, enunciados científicos, proposiciones morales y filosóficas (Fanlo, 2011).

Dentro de esta red existen vínculos heterogéneos y estos dispositivos se forman a partir de la necesidad de dar respuesta a una urgencia en un tiempo histórico determinado. El pasaje por estos dispositivos imprime en las personas formas de ser, un conjunto de prácticas y saberes que estas instituciones se encargan de controlar, el comportamiento, los gestos y la manera de pensar de las personas (Fanlo, 2011).

En palabras de Deleuze (1989), el dispositivo es un conjunto con muchas líneas, que se encuentra regido bajo lo determinado visible e invisible de la realidad, lo manifiesto y lo no manifiesto, así este delimita las relaciones de los individuos, su lugar como sujeto y como objeto de conocimiento.

Por su parte, Agamben en el año 1977, plantea que un dispositivo es cualquier cosa que posea el poder de moldear, orientar, persuadir y modificar la conducta, los gestos, los pensamientos y discursos de las personas (Fanlo, 2011).

De esta manera, queda claro que no solo las instituciones como la escuela o los manicomios son dispositivos de formación de subjetividad sino también un celular o una computadora, en la medida en que formen parte de una red dentro del poder. El proceso de subjetivación se da en la medida en que se relacionen las personas con los dispositivos, no de forma aislada. Por lo tanto, el sujeto es el resultado de la interacción con el dispositivo (Fanlo, 2011).

Según Galende (1990), la vida de los sujetos en la sociedad actual, sufre una creciente fragmentación en todos los planos de la vida de las personas, en la vida social misma y en las prácticas. El campo de la salud mental se encuentra dentro de la sociedad y de la política, y deja de ser una ciencia objetiva dentro de la medicina, generando que esta asuma una función política y social sobre el hombre y su bienestar.

Por lo tanto, el campo de la salud mental requiere de saber acerca de los aspectos sociales y de su regulación. Para esto, es necesario comprender la dominación de una parte de la sociedad por sobre la otra y las asimetrías en las formas de poder, de ejercicio y distribución generando una creciente fragmentación de la vida social (Galende, 1990).

El campo de la salud mental es una disciplina que posee sus conocimientos en una doble vertiente de, por un lado, la Sociología y, por otro, la Psicología, incluyendo al Psicoanálisis, por lo cual se encuentra con lo inseparable de lo social y lo psicológico ya que recubre todos los aspectos de la vida y no se pueden fragmentar con facilidad. De esto parte la necesidad de expandir los límites a todos los planos de subjetivación o por el contrario, limitar a lo considerado psíquicamente patológico, diferenciado del factor social (Galende, 1990).

Por otro lado, se habla en salud mental de una sociedad o una comunidad, como si se tratara de algo homogéneo, sin tener en cuenta su constitución diferenciada entre clases sociales, conflictos generacionales, diferencias culturales y diferencias en las costumbres entre otras cosas. Además, existe una diferenciación de características poblacionales tales como: sociedad urbana, rural, marginal, estable, etc. Estas características que impregnan toda la sociedad y que generan la heterogeneidad y las singularidades deben comprenderse como diferencias mantenidas por fuerzas de exclusión, por tendencias conflictivas que generan formas transaccionales, sintomáticas, de existencia social (Galende, 1990).

Desconociendo estos aspectos, y haciendo de la sociedad o la comunidad una sola y heterogénea, se facilita el trabajo silencioso de la inclusión y la exclusión en la cual los marginados, los necesitados, los frágiles y los discapacitados son recluidos hacia afuera del conjunto. Todo el poder es ejercido en este doble requerimiento de homogeneización y exclusión de lo que queda como resto, como desecho. Desentrañar esta estructura de división

y conflicto, permite entender a un mismo tiempo a las fuerzas de exclusión en la sociedad que aparta al loco como lo otro de su razón, en el grupo expulsión del chivo expiatorio y en la sociedad separación del marginal (Galende, 1990).

Por otra parte Galende (2006), ha propuesto una práctica en salud mental que abandone el abordaje disciplinario del positivismo. Sustituyendo a las instituciones psiquiátricas que imponen una rutina diaria, se apropian del tiempo, de los intereses de los pacientes y proponen un mundo lejos de la comunidad a la cual pertenecen.

Estas instituciones transforman al paciente en objeto de estudio eliminando todo el carácter subjetivo para diagnosticar, clasificar y etiquetar bajo una codificación científica. La práctica alternativa propuesta por Galende, refiere a un equipo teórico práctico interdisciplinario que incluya e integre todas las dimensiones subjetivas del individuo tanto biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales (Galende, 2006).

Además, Galende (1990), sostiene que en el caso de los neuropsiquiátricos, el proceso resocializador implica la puesta en práctica de un tratamiento psiquiátrico y psicológico que tiene como objetivo reinsertar al paciente en el ámbito social del cual ha sido alejado. Este ámbito puede estar constituido por su familia, su barrio, su trabajo, entre otros. Resocializar es poder restituir al individuo a lo social de lo que fue despojado por la institución psiquiátrica tanto o más que por los efectos de su enfermedad.

Esto consiste en lograr la resocialización de los pacientes a los ámbitos en los que vivían previamente a ser internados, lo que puede no ser adecuado por cuestiones en las cuales es común que los propios familiares sean los que realizan las denuncias para que se produzcan nuevamente las internaciones. Por ello es necesario saber qué significa resocialización y desmanicomialización dentro del cuerpo de profesionales, para de esta manera poder lograr alternativas asistenciales en la salud y la formación de profesionales capaces de sustentar, implementar y desarrollar nuevas alternativas que contribuyan a la resocialización de los pacientes (Galende, 1990).

Esta resocialización es el proceso mediante el cual los individuos internalizan y se apropian de los valores, pautas, reglas culturales y tradiciones de cada sociedad. Para el logro de la resocialización es necesario que la tarea sea integrada por los tratamientos psiquiátricos y psicológicos para reubicar a la persona en el ámbito social al cual pertenece y, en la medida de las posibilidades, el acceso a un empleo o la posibilidad de desempeñar alguna tarea que influenciaría positivamente en la evolución de la enfermedad (Galende, 1996).

Según La Organización Panamericana de la Salud (2001), es imprescindible la formación de nuevas alternativas en la creación de políticas y planes de salud mental, para evitar los obstáculos relacionados con la exclusión de las personas con problemas mentales en los servicios de salud, en los sistemas educativos y en los laborales entre otros, para asegurar sus derechos humanos.

En la implementación de estas políticas y planes se requiere de asociaciones eficaces, participación social, conexión entre los diversos sistemas de atención, recursos financieros y una coordinación multisectorial que pueda contribuir al desarrollo integral del paciente (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

El autor y psiquiatra Vasen (2006), plantea que para la reinserción social, es una necesidad indiscutible la recuperación clínica y psiquiátrica. Para esto es necesario lograr un puente transicional hacia el afuera, por lo tanto comienza un interés desde los factores individuales hacia los factores comunitarios ya que es la comunidad la que se encarga de la creación de ambientes que promueven la salud, lo cual genera una mirada interdisciplinaria en el estudio, tratamiento e intervención de los problemas mentales.

Las actividades comunitarias desarrolladas en lugares no habituales y en contacto con la sociedad tienden a funcionar como operadores de salud mental, restablecen el lazo social y la recuperación de la interacción en espacios no convencionales. Por otra parte, el autor afirma que las prácticas externas a los espacios convencionales de los muros institucionales, atenúan los efectos que las instituciones de internación suelen imprimir con el paso del tiempo en las personas (Vasen, 2006).

La internación es una dimensión muy custodiada y alienante que genera la marginación

social, aumentando las diferencias que la patología genera por su característica asilar. Esta característica genera la dificultad a la hora del retorno a la vida social por la falta de socialización, que el paciente posee durante el tiempo de su internación (Vasen, 2006).

### 3.2 Los vínculos.

Como ya se explico en el apartado anterior existen dispositivos que se encargan de trabajar para el logro de la resocialización en personas excluidas de la sociedad, para esto, una parte fundamental en la integración sociales la formación de nuevos vínculos.

El autor López (1985), afirma que la interacción social se da a partir de los vínculos que establecen las personas con los elementos del sistema social siendo estos los principales socializadores a lo largo de la vida. El autor distingue cuatro sistemas socializadores.

En primer lugar, se encuentran las personas cercanas: madre, padre, hermanos, compañeros, amigos, otros adultos y maestros. En segundo lugar, están las instituciones como: familia, guardería y escuela. En tercer lugar, se ubican las características del grupo social de pertenencia tales como: clase social, valores y creencias. Por último, el autor nombra otros factores como: medios de comunicación, cultura, zona geográfica y país (López. 1985).

Además, López (1985), expresa que la manera más adecuada de comprender el proceso de socialización es a partir de la interacción del niño con el entorno. En esta interacción el niño es activo en el proceso desde el momento del nacimiento. Las características de la relación con el entorno dependen de las necesidades básicas de cada niño, la etapa de desarrollo en la cual se encuentre, su estado de salud, el sexo y características diferenciales de cada persona dentro de su personalidad.

Según Rivier (1958), los vínculos son condiciones de supervivencia, es decir que las condiciones de nacimiento son de tal grado de prematuración, que es imposible que el recién nacido sobreviva sin la asistencia del otro que lo incluya en la sociedad. El otro ya tiene un carácter social por el sólo hecho de asistir al recién nacido. Pero esta condición de supervivencia va más allá de la simple asistencia de las necesidades básicas que garantizan la vida del bebé.

El autor define al vínculo como la manera particular en que un sujeto se conecta o relaciona con el otro o los otros, creando una estructura que es particular para cada caso y para cada momento. La relación de objeto es la estructura interna del vínculo, esta es una estructura dinámica que funciona en un continuo movimiento, accionada o movida por factores instintivos y por motivaciones psicológicas (Rivier, 1958).

Bowlby (1989), define a los vínculos como una necesidad imprescindible para la naturaleza humana, y afirma que el vínculo de apego suele aparecer en torno al año y suele darse entre un niño o niña y sus progenitores o cuidadores. Existe la posibilidad de que la figura de apego cambie a lo largo de la vida, cada relación de apego tiene sus características específicas, dado que algunos factores como la edad o la interacción tienen mucha influencia. Esta conducta que es la tendencia a establecer relaciones emocionales con determinados individuos se presenta desde la niñez hasta la vejez.

Moneta (2014), plantea que la conducta de apego es el vínculo del recién nacido con su madre o con un cuidador principal y, que esta conducta, debe ser constantemente receptiva a las necesidades del niño pequeño. Además, debiera ser una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección.

Esta conducta no termina en el proceso de parto o la lactancia, sino que es la base de todas las futuras relaciones sociales, por lo tanto, tiene una gran inferencia en la vida futura, en los futuros vínculos y en actividades como el juego y la exploración. Además, esta conducta se da hacia los progenitores o cuidadores cercanos, como también hacia personas que no forman parte del círculo familiar como maestros o otros adultos (Moneta, 2014).

Por otra parte, existen pruebas de que el apego que las personas realizan durante la primera

infancia está influido por el modo en el que sus padres o cuidadores lo tratan (Bowlby, 1989). Existen tres tipos principales de apego. El apego seguro, en el cual, el individuo posee confianza en que sus figuras parentales son accesibles en situaciones amenazantes, esto le permite al individuo una seguridad para relacionarse y explorar el mundo. Un segundo tipo de apego es el ansioso resistente, en el cual el individuo es incapaz de saber si ante una situación amenazante sus figuras parentales estarán disponibles, esto genera el aferramiento y la separación ansiosa ante la exploración del mundo. En tercer lugar se encuentra el tipo de apego ansioso evitativo, el cual es el resultado del constante rechazo por parte de sus padres lo que genera la no exploración del mundo y la formación de individuos que pretenden ser emocionalmente autosuficientes, para no depender de quienes fueran sus figuras de apego (Bowlby, 1989).

### **3.3 Las actividades lúdicas.**

En este apartado se desarrollaran las actividades lúdicas, las cuales ocupan un papel muy importante en la conformación de los vínculos para la resocialización.

Según García y Llull (2009), las actividades lúdicas son una parte indispensable para la socialización de los niños y esta se da a partir de los vínculos que entre ellos se generan. Desde el nacimiento existen diversas formas de juego que se van complejizando a medida que pasan los años. El juego permite el aprendizaje, la expresión, la imaginación, la creatividad y la comunicación con el resto de las personas.

De esta manera, a partir de la actividad lúdica es que el niño desarrolla su maduración psicomotriz, su actividad cognitiva y el desarrollo afectivo. Además constituye una actividad que potencia la socialización entre los niños, por esto, el juego cumple la función de enseñanza a partir de la experiencia. (García & Llull, 2009)

Según Winnicott (1982), el juego es una cualidad del aparato psíquico sano, cualidad que se construye a partir de la relación primordial del bebé con su madre. El autor plantea que sólo a partir del jugar la persona puede ser creativa. Para este autor, la creatividad forma parte de la experiencia vital de una persona, es decir que cada uno, en el origen, es creativo. En el sentido del despliegue de lo más personal, de lo que es incuestionablemente uno mismo, lo más propio y oculto de cada persona. El juego es una actividad siempre creadora y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo.

El autor sostiene que vivir creativamente implicaría conservar ese núcleo intacto y no someterse a lo establecido por los demás. Y que, para jugar, poder comunicarse y compartir con los demás, es preciso resignar una cuota de esa individualidad. Por lo tanto lo creativo y lo lúdico están estrechamente ligados entre sí y enmarcados en esa tensión entre lo propio y lo ajeno; entre lo que cada uno crea y lo que fue creado por los otros; entre el sentimiento más real de lo espontáneo y el sentimiento más ajeno de la adaptación a los deseos de los otros. Es por esto que, el jugar es esencial para la capacidad creadora y una vida enriquecida (Winnicott, 1982).

En relación a la psicoterapia Winnicott (1982), afirma que el principio general de esta, se realiza en la superposición de dos zonas de juego, la del terapeuta y la del paciente, en la cual para este principio es fundamental que el terapeuta sepa jugar ya que si no está capacitado no puede cumplir con su tarea. Por el contrario, si el paciente no es capaz de jugar se debe hacer algo para que pueda lograrlo

El motivo por el cual el juego es tan importante para la terapia radica en que solo en ella el niño pone el funcionamiento toda su personalidad y descubre su propia persona, para ello son necesarias las condiciones de confianza y relajación por parte del paciente en relación con el terapeuta (Winnicott, 1982).

Según los autores Piaget e Inhelder (1969), durante el juego el niño desarrolla las funciones cognitivas a partir de dos procesos, el primer proceso consiste en la asimilación, mediante la cual el niño lleva a cabo la interiorización de un objeto o un evento a una estructura comportamental y cognitiva preestablecida. Así es como el niño lleva a cabo procesos de asimilación cuando puede aplicar esquemas preexistentes a nuevos objetos o situaciones.



El segundo proceso implica la acomodación, mediante la cual el sujeto modifica sus esquemas y estructuras cognitivas para poder incorporar a esa estructura cognoscitiva nuevos objetos. Esto puede lograrse a partir de la formación de un nuevo esquema, o la modificación de un esquema ya existente, para que el nuevo estímulo pueda ingresar en él. A partir de estos procedimientos, que se denominan funciones cognitivas, se establece el proceso de adaptación y equilibrio cognitivo entre el esquema mental del niño y el medio que lo rodea (Piaget & Inhelder, 1969).

Conforme con la teoría de García y Lull (2009), el juego posee diferentes características:

- Es una actividad espontánea, libre y no posee condicionamientos desde el exterior.
- Es un productor de placer, que produce una satisfacción inmediata y su carácter placentero lo convierte en una necesidad.
- Siempre implica actividad aunque no todos los juegos poseen ejercicios motores, el niño está psíquicamente activo durante el desarrollo de este.
- Es una actividad innata del hombre propia de la infancia. Muchos juegos se dan de manera automática, se inventan con o sin artefactos de por medio, y es una actividad muy importante hasta los 10 años.
- El juego no posee una finalidad, ni una meta, esta actividad comienza a tener otra finalidad cuando se busca un objetivo como en el caso del deporte.
- Posee características y formas de procedimientos no lógicas que son diferentes a las de otras actividades.
- La forma de juego tiene que ver con las características internas de quien juega y la actitud que desarrolla ante la realidad.
- Es una actividad que posibilita entender el mundo adulto y ayuda a la resolución de problemas.
- Favorece el proceso de socialización mediante la comunicación, facilita la inserción social disminuyendo las desigualdades socioculturales ya que permite realizar la actividad a cualquier niño sin importar la raza, la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y la cultura.
- La actividad lúdica puede realizarse con o sin medios de juego, es decir los juguetes no son indispensables y estos pueden ser adaptados según la imaginación y la creatividad del niño.
- El escenario de juego puede modificarse según las necesidades y las posibilidades de la actividad y dicha actividad siempre tiene un límite en el tiempo.
- El juego es un factor motivador para cualquier actividad ya que la vuelve más placentera y emocionante.

### **3.4 El trabajo interdisciplinario.**

Dentro de los dispositivos de resocialización, es imprescindible una modalidad de trabajo interdisciplinaria, en la cual puedan abordarse todas las áreas de la persona de manera conjunta.

En cuanto a los servicios y recursos, utilizados para la resocialización de las personas se presentan los dispositivos que están pensados y desarrollados para responder las necesidades de la comunidad. Para entender y estudiar cualquier fenómeno de la realidad, es importante la conjunción de diversas disciplinas. El trabajo multidisciplinario se refiere a las distintas disciplinas, la división de los campos científicos y al desarrollo de las ramas del saber, yendo a lo más específico y propio del desarrollo científico para generar la profundización de los conocimientos. Para poder desarrollar un campo determinado de la realidad se emplean múltiples disciplinas que determinan su resolución (Menéndez, 1998).

Dentro del trabajo disciplinario se cuenta con las disciplinas, ciencias o ramas del conocimiento que tienen que ver con el saber concreto de un problema. En el campo de la salud mental confluyen la psiquiatría, la psicología, los servicios sociales entre otros (Menéndez, 1998).

Estas disciplinas demuestran la relación multidisciplinaria con la que se trabaja dentro del campo de la salud mental, y por lo tanto, reflejan la necesidad de atender a las problemáticas desde diversos profesionales. Por esto, es necesario saber de qué manera se articulan y

cómo actúan dichos conocimientos dentro del modelo de intervención. La interdisciplinariedad es el método, el modelo de trabajo y la aplicación de los saberes y técnicas de distintas disciplinas dentro de la actividad es decir, como dicha actividad es realizada mientras que, la multidisciplinariedad es el conjunto de saberes y ramas del conocimiento (Menéndez, 1998). El modelo de trabajo interdisciplinario fue propuesto por la Ley Nacional de salud mental, fomentada por el Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2010), N° 26.657. Dentro del artículo 8° se propone una modalidad de abordaje obligatoria dentro de la atención de salud mental. También se propone un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de diferentes áreas capacitados con la acreditación correspondiente donde se encuentran las áreas de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes para realizar una articulación teórica y práctica a los efectos de mejorar la calidad de la atención en los pacientes.

El trabajo interdisciplinario no se refiere a la aplicación de una superposición de saberes ni a la suma de estos de forma arbitraria, sino este trabajo es la aplicación del conocimiento en una puesta en común, en la intersecciones de los saberes y es, por lo tanto una forma de comprender y abordar los diferentes fenómenos y problemáticas (Menéndez, 1998).

Según Menéndez (1998), el trabajo interdisciplinario puede definirse a partir de los siguientes puntos:

- Es producto del desarrollo científico técnico y social.
- No es la suma indiscriminada de saberes ni la superposición o conglomerado de actuaciones, sino que es la interacción e intercambio entre los conocimientos en la producción de un saber nuevo en respuesta a una problemática.
- Para realizar el trabajo interdisciplinario es necesario reunir todas las intervenciones de los distintos profesionales y campos del saber sobre un problema, situación o caso específico y sobre la realidad que lo requiera, sea esta individual, social, familiar, institucional, entre otras.
- El trabajo interdisciplinario se trata de articularse como también de interactuar con las demás disciplinas en una actitud de apertura al conocimiento de cada campo y la aplicación de cada ciencia sin un carácter totalitario, absoluto ni reduccionista sobre una problemática concreta.
- Es necesario respetar cada uno de los campos de conocimiento de las demás disciplinas teniendo en cuenta sus límites. Para esto, es indispensable conocer lo que es propio a cada uno, es decir, las propias limitaciones entre lo que se sabe y lo que se ignora y, en segundo lugar, es importante la aceptación, la apertura y la cooperación hacia los demás conocimientos que forman parte e intervienen en el caso.
- Es imprescindible la delimitación de las tareas y la coordinación de las diferentes intervenciones para que se de una continuidad en los cuidados y los intercambios en los resultados de las intervenciones. • Evitar la excesiva prestación de servicios o de personal que pueda conllevar a dar interferencias en cuanto al tratamiento, si no se posee un conocimiento a nivel global de la forma de atención, pero tampoco en dejar vacíos de servicios o funciones. La autora Utrilla (1998), plantea que en las instituciones en las cuales se realiza un trabajo interdisciplinario se pueden dar grandes problemas cuando cada profesional no tiene en claro cuál es su trabajo y cuando los equipos que elabora cada institución son inadecuados. La importancia de llevar a cabo un trabajo en forma interdisciplinaria radica en la formación de un grupo enriquecedor, el cual sea capaz de intercambiar conocimientos para lograr soluciones en los tratamientos, y que dentro de un equipo no existan fenómenos de competencias, rivalidades y una batalla entre especialidades en donde el problema del paciente deja de importar y pasa a segundo plano. Es por esta razón que es necesaria la formación de pautas en la interacción entre los profesionales para que estos acepten sus propias limitaciones y competencias y puedan ponerlas en común con las del resto de los profesionales para lograr un mejor trabajo en conjunto (Utrilla, 1998).

Las dificultades en la interacción se ven tanto en las grandes instituciones como también en instituciones más pequeñas. En las primeras, al estar construidas por grupos grandes de personas organizados jerárquicamente, es inminente experimentar relaciones confusas cargadas de intensas presiones, amenazas implícitas, abuso de poder, dominaciones y descalificaciones. Por otro lado en las pequeñas instituciones, que dependen de las grandes instituciones, si bien se encuentran bajo estructuras jerárquicas organizadas con más claridad, persiste la confusión del poder (Utrilla, 1998).

### **3.5 El acompañamiento terapéutico.**

El acompañamiento terapéutico forma parte de los dispositivos interdisciplinarios, que trabajan en salud mental para lograr la resocialización de las personas. Se origina en los años 60 como respuesta a cambios en el tratamiento de la salud mental a partir de las reformas psiquiátricas y los movimientos europeos de la antipsiquiatría (Rossi, 2007).

Los principales factores que favorecieron la aparición de los acompañantes y que surgieron en este periodo podrían resumirse en la consideración del ambiente social y familiar del paciente, la falta de contención cotidiana del paciente y el hecho de que los recursos institucionales no resultaban suficientes para el tratamiento. Estos nuevos espacios cotidianos donde el acompañante comienza a desarrollar su tarea provienen del cuestionamiento general a la internación psiquiátrica sin la posibilidad de salida al exterior, creando una nueva concepción psiquiátrica dinámica que se opone a la práctica clásica del confinamiento y la consiguiente separación de la familia y círculo social (Rossi, 2007).

En Argentina, según Rossi (2007), al inicio de los años 70 se comenzó a trabajar en la cotidianeidad de la vida de los pacientes. El acompañante terapéutico comenzó con este nombre a principios de esa década, aunque existían experiencias similares con otras denominaciones. Los Hospitales de Día crearon los espacios donde se desarrollaría posteriormente el acompañamiento terapéutico y resultaron fundamentales para su desarrollo. En Argentina el acompañamiento terapéutico se inscribió dentro del llamado Campo de la Salud Mental, concepto que incluía a todo el movimiento reformista. Este movimiento pretendía abrir la asistencia a la comunidad, integrar el trabajo interdisciplinario e implementar recursos alternativos de trabajo como el ya mencionado Hospital de Día o la Comunidad Terapéutica. Esta salida del consultorio hacia el contexto cotidiano y social de los pacientes instaló las bases del trabajo del acompañante terapéutico y la idea de tratar la enfermedad en lo cotidiano del paciente (Rossi, 2007).

Según Nivoloni (2008), el acompañamiento terapéutico nació a partir de la necesidad de ayudar a pacientes que no presentaban respuesta a los tratamientos. El acompañante terapéutico es una parte fundamental del equipo interdisciplinario, sin embargo, este no debe ser un amigo del paciente ya que en el vínculo terapéutico genera un efecto contrario no siendo de ayuda en el fortalecimiento de la construcción de dicho vínculo y generando una distorsión en el proceso terapéutico, lo cual en un corto o largo plazo, puede ocasionarla inhibición en el trabajo desarrollado.

El acompañante debe fortalecer el proceso del tratamiento, el cual trata de mejorar el bienestar de las personas de forma conjunta con los demás profesionales. De este modo, es posible pensar que el logro de un acompañamiento terapéutico se convierte en una extensión de la labor de una psicoterapia o una terapia de grupo, ayudando a metabolizar a quien está siendo acompañado, lo que está trabajando con los demás profesionales. Lo interesante de un acompañante es que pueda hacerse útil como alguien capaz de acoger, acompañar y pensar junto con la persona a la cual está acompañando (Nivoloni, 2008).

Los acompañantes forman parte de los dispositivos terapéuticos institucionales fuera su tiempo y espacio cumpliendo múltiples funciones importantes, ayudando a facilitar las condiciones apropiadas del tratamiento, sosteniendo el dispositivo frente a las situaciones de crisis y destrabando el trabajo terapéutico cuando se requiera. Este acompañamiento es una herramienta eficiente y dinámica que disminuye los sufrimientos en exceso, controla los desbordes, contiene las angustias y las ansiedades desde un lugar de simetría, opera en el

vínculo a la manera de organizador psíquico que lo ayuda a regularse (Rossi, 2007).

En el proceso de rehabilitación y resocialización, el acompañante terapéutico ayuda a posicionarse desde un lugar alejado de la enfermedad y reforzar las potencialidades del individuo, siendo un efectivo medio de apertura social aumentando la comunicación con el medio y funcionando como un semejante compartiendo actividades tanto recreativas, laborales, educativas como también sociales (Rossi, 2007).

En cuanto a las técnicas terapéuticas desarrolladas por los acompañantes terapéuticos se enmarcan la prevención, atención y resocialización, fortaleciendo a la autovaloración, las actitudes sociales apropiadas y desarrollando componentes cognitivos, emocionales y comportamentales (Rossi, 2007).

El acompañamiento terapéutico es un recurso de la clínica que opera desde la psicoterapia, que trabaja de manera conjunta con el resto del equipo terapéutico. Por lo general, está incluido dentro del tratamiento de pacientes que están severamente perturbados, en los casos muy problemáticos que no pueden ser abordados desde la psicoterapia clásica (Rossi, 2007).

El acompañante funciona como un auxiliar, es decir, que puede actuar en momentos de auxilio, aunque este no forme parte del campo de la psiquiatría. Además, trabaja fomentando el lazo social, por lo tanto, ayuda a la resocialización del paciente en las áreas educativas, laborales y de recreación cuando estos se encuentren en etapas de crisis ya que, fomentando el lazo social se evitaría la marginalidad, la estigmatización y la cronicidad (Rossi, 2007).

Mauer y Resnizky (2004), describen las funciones que desempeña un acompañante terapéutico:

- Contener al paciente en su cotidianeidad.
- Ofrecerse como referente, ayudar a regularse como organizador psíquico.
- Ayudar a asumir temporalmente las funciones del Yo del paciente, que este no puede desarrollar por sí mismo dado el debilitamiento por la enfermedad.
- Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa del paciente, liberar la capacidad creativa inhibida y estructurar la personalidad alrededor de un eje organizador.
- Aportar una mirada del mundo objetivo del paciente, para una mejor evaluación en la creación de la estrategia clínica.
- Habilitar un espacio para pensar a través del vínculo aumentando el intercambio comunicativo del paciente.
- Orientar en el espacio social, crear un puente al mundo que le rodea.
- Intervenir en la trama familiar, descomprimir y amortiguar ciertas interferencias en las relaciones del paciente con su familia.

Durante el desarrollo del vínculo entre el paciente y el acompañante terapéutico, Mauer y Resnizky (2004), distinguen cuatro movimientos:

El primer movimiento, se da el inicio de la relación, se diferencian dos tipos de inicio dependiendo de las actitudes del paciente. El primero es el de las actitudes dominantes que pueden provenir de la sospecha y la desconfianza. En este caso hay un predominio de las ansiedades persecutorias que tienden a frenar todo el proceso de integración y a mantener las distancias. Es una perspectiva sin colaboración con el tratamiento. En la segunda, predomina la transferencia masiva, abrupta y prematura, entonces se produce una relación simbiótica con una idealización del acompañante (Mauer & Resnizky, 2004).

El segundo movimiento, luego del reconocimiento y ajuste mutuo, la relación entre acompañante y paciente comienza a hacerse más accesible para ambos. La empatía y el sentido común del acompañante se hacen aquí necesarios para desplegar las distintas maniobras terapéuticas fijadas en la estrategia de abordaje que el equipo establezca. En esta etapa, las actividades ya pueden planificarse junto con el paciente, siempre que éste manifieste una actitud de mayor compromiso con el tratamiento. A medida que el acompañante desarrolla su tarea, el paciente va comprendiendo los roles que aquel cumple dentro del equipo (Mauer & Resnizky, 2004).

El tercer movimiento, es el momento de la consolidación del vínculo en el que tanto paciente como acompañante comparten algo más que un contrato de trabajo con objetivos a cumplir. Este hecho suele promover tanto en el acompañante como en el paciente constantes replanteos respecto del significado de sus roles. En esta parte del proceso, cuando hay una relación consolidada con el paciente, hay que destacar la importancia, en este punto, de asumir la relación con el paciente con responsabilidad y criterio profesional sin que los roles sean confundidos (Mauer & Resnizky, 2004).

Finalmente el cuarto movimiento, en el cual se desarrolla la finalización del acompañamiento, al que las autoras llaman despedidas de lujo, es en el que se da una separación planificada, gradual, respetuosa del tiempo del paciente y elaboradora del duelo por la despedida. Esta despedida deseada no es la que se da normalmente en el trabajo con familias psicóticas (Mauer & Resnizky, 2004).

El trabajo de acompañamiento terapéutico genera un gran aporte al dispositivo interdisciplinario informando acerca de lo que está más allá, es decir, por fuera del consultorio. Es capaz de proporcionar información muy importante durante la fase de diagnóstico y luego durante el seguimiento en cuanto a la evolución o las posibles dificultades del tratamiento siendo un dinamizador del tratamiento (Mauer & Resnizky, 2004).

#### **4. Metodología.**

##### **4.1 Tipo de estudio: Descriptivo.**

##### **4.2 Participantes.**

Los participantes fueron dieciocho niños de entre siete a doce años. Quienes asistían los lunes y martes de nueve a doce y media horas, a desempeñar actividades junto con los acompañantes y coordinadores.

Las actividades de los niños consistía en dar de comer a los animales principalmente en la zona de granja, un espacio de recreación en la plaza del zoológico y luego una merienda que compartían todos juntos dentro de una casa destinada al programa.

Los niños habían sido derivados de Hospitales, Centros de Salud, Hospitales de Día y escuelas especiales para niños con trastornos graves o escuelas comunes. En cuanto al grupo familiar, los niños convivían con sus familiares, padres o tutores.

También formaron parte diez acompañantes terapéuticos algunos estudiantes de psicología de diferentes universidades que realizaban la práctica profesional y otros que estaban realizando un curso de acompañamiento terapéutico que se dictaba dentro de un Hospital de niños de la ciudad de Buenos Aires. Algunos acompañantes concurrían los días lunes y otros los martes.

Además, participaron seis coordinadores, entre ellos, un psicólogo coordinador del equipo, un psiquiatra, dos terapeutas ocupacionales que fueron quienes fundaron el programa hace veintitrés años, y también dos psicólogas, una que trabajaba en el programa hace diez años y otra que trabajaba en el programa hace dos años. Todos ellos son quienes supervisaban a los acompañantes y hacían el seguimiento clínico y contextual de los niños.

##### **4.3 Instrumento.**

Registro de observación: se realizó una observación participante en todos los espacios en los que surgió algún tipo de intercambio social y lúdico, para obtener datos sobre cómo se desenvolvían los niños en sus actividades en relación con sus pares y con los acompañantes. En este registro de observación se escribió el nombre del niño, la actividad y nombre del acompañante. Esto se realizó para evaluar el desempeño y vínculo con los pares y acompañantes durante las actividades de granja, recreación y la merienda.

Entrevistas: se realizaron entrevistas semi-estructuradas dirigidas a cada uno de los seis

profesionales (psiquiatra, psicólogos y terapeutas ocupacionales) y a cinco acompañantes terapéuticos.

Se recaudaron datos sobre cómo creía cada uno de los integrantes que se podía lograr la resocialización en los niños, que tareas desempeñaba cada uno para lograr la resocialización, como creían que se podía mejorar esta, como eran los vínculos que poseían con los niños cada uno de ellos, como creían que eran los vínculos entre los niños, cual era la importancia de las actividades lúdicas en la socialización y como se realizaba el trabajo interdisciplinario para lograr la resocialización.

#### **4.4 Procedimiento.**

Las entrevistas fueron tomadas en un tiempo aproximado de quince minutos a todos los profesionales y a cinco acompañantes del equipo. En cuanto a la observación se realizó durante toda la práctica en el tiempo en el cual los niños se encontraban realizando sus actividades, todos los lunes y martes desde las nueve de la mañana a doce y media cuando finalizaban las actividades de los niños. Esta observación se realizó durante cinco meses en los cuales se cumplieron las horas de la práctica.

### **5. Desarrollo.**

#### **5.1 Descripción de la institución.**

El Programa fue desarrollado por un conjunto de profesionales que forman parte de un Hospital neuropsiquiátrico para niños y se realiza desde hace 26 años en el Jardín Zoológico de la Ciudad de Buenos Aires. En ese tiempo han concurrido más de 700 niños y adolescentes, que por sus dificultades psicológicas, requieren atención especializada.

Este programa tiene como objetivo la resocialización de niños y adolescentes con problemas emocionales y cognitivos. Estos niños y adolescentes que concurren al programa del zoológico se atienden en el hospital neuropsiquiátrico para niños, y distintos hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Es un programa gratuito que se lleva adelante desde 1990.

Las actividades que se realizan dentro del programa se encuentran divididas en dos grupos. El primer grupo, es el de niños pequeños de entre cinco a doce años, los cuales tienen asignada la tarea de alimentar a los animales en la granja del zoológico y luego una actividad lúdica, muy ligada a lo creativo y grupal que se desarrolla en la plaza del zoológico. El segundo grupo, es el que conforman los adolescentes de entre trece a veintiún años, quienes se encargan del trabajo de mantenimiento y cuidado de los animales, actividades que tienen un efecto terapéutico en los chicos. En el grupo de los adolescentes, la tarea se basa en la relación entre el adolescente y el cuidador, entre estos dos se ayudan mutuamente para cuidar a los animales y repartir el trabajo de mantenimiento. Además, todo el equipo de profesionales se encarga de acompañar durante las experiencias, ser mediadores entre la relación del adolescente con el cuidador y favorecer las actividades del cuidado del animal.

En cuanto al grupo de los más pequeños, los mismos cuentan con un espacio donde tienen contacto con los animales de granja, a los cuales cuidan y alimentan. En este espacio se generan juegos en los que ellos mismos creen que son los cuidadores del Zoo.

Durante el desarrollo de sus actividades ellos no son tomados como pacientes. Como tampoco es un espacio donde los niños van a estudiar por lo cual no son tomados como alumnos, sino que concurren con el objetivo de realizar la experiencia de apropiarse de un espacio de recreación y de un oficio.

En este contexto, al ser los niños quienes cuidan de los animales los posiciona de otra manera ante sus dificultades, dejando de ser ellos quienes demandan los cuidados por parte de un otro.

Este programa se realiza durante todo el año, de lunes a viernes. Hoy en día concurren alrededor de 40 niños y adolescentes. Lo importante de esta experiencia es que crece y se modifica a partir de la necesidad de los chicos.

Además, los padres o tutores de los niños participan mediante la concurrencia al grupo para padres, el cual está dirigido por dos psicólogas del equipo. Las reuniones de grupo se realizan todos los lunes y martes y es muy importante la relación con los miembros de la familia para la continuidad del tratamiento.

En cuanto a la continuidad de los niños en el zoológico, cuando cumplen los trece años, pueden pasar del grupo de los pequeños al grupo de adolescentes, en este grupo comienzan a realizar las tareas junto con los cuidadores. En el cual luego tienen la posibilidad de una vez egresados, poder continuar trabajando en el zoo en las actividades de huerta, ocupándose del cultivo y venta de frutas y verduras orgánicas.

## **5.2 Describir el programa cuidar cuidando como dispositivo alternativo de resocialización en niños.**

El autor Galende (2006), propone que las prácticas en salud mental abandonen el abordaje disciplinario del positivismo. Es por esto que rechaza a las instituciones psiquiátricas que imponen una rutina diaria, ya que se apropian del tiempo y de los intereses de los pacientes, proponiendo un mundo lejos de la comunidad a la cual pertenecen y transforman al paciente en objeto de estudio eliminando todo el carácter subjetivo, diagnosticando y clasificando bajo una codificación netamente científica.

Esta práctica propuesta por Galende (2006), refiere a un equipo teórico práctico interdisciplinario que incluya e integre todas las dimensiones subjetivas del individuo tanto biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales.

En la entrevista realizada al psiquiatra del equipo, cuando se le pregunta por la manera en la cual se trabaja dentro del programa, este lo presenta como un dispositivo de resocialización con prácticas que favorecen la subjetividad de los niños. El mismo, construye un marco que fortalezca los vínculos con pares, los adultos, la naturaleza y consigo mismo.

A diferencia de los dispositivos que controlan y cosifican al paciente, en este programa se busca la dimensión lúdica y la realización de actividades para lograr la integración de los niños a su ambiente. La propuesta consiste en llevar a los niños a un espacio de realización social y cultural, para aproximarlos a una participación más plena dentro de lo social y donde no sean tomados como pacientes.

El programa está integrado por un equipo interdisciplinario que implica la integración de métodos, teorías e instrumentos de diferentes disciplinas. Dentro del mismo trabajan psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y acompañantes terapéuticos, de esta manera se logra abarcar mas aspectos en el tratamiento del niño para generar un mejor resultado.

Además, como parte del tratamiento, se pretende la desmedicalización o disminución de la medicación, en casos en los cuales sea necesario, por otra parte recuperar la dimensión del vínculo por medio de la palabra y lo creativo para abordar la problemática.

Por otro lado, Galende (1990), sostiene que el proceso resocializador implica la puesta en práctica de un tratamiento psiquiátrico y psicológico que tiene como objetivo reinsertar al paciente en el ámbito social del cual ha sido alejado.

El ámbito en el cual se debe reinsertar al paciente puede estar constituido por su familia, su barrio, su trabajo, entre otros. Resocializar es poder restituir al individuo lo social de lo que fue despojado por la institución psiquiátrica tanto o más que por los efectos de su enfermedad (Galende, 1990).

Dentro del programa se desarrolla un taller para padres para fomentar la resocialización de los niños fuera del espacio del programa, en cual se convoca a la familia para que se informe y acompañe a su hijo en el proceso. Además en este taller el equipo trabaja con las familias para fortalecer las relaciones familiares, orientando a los padres, para que puedan reconocer a su hijo lejos de las estigmatizaciones sociales.

Estas reuniones se realizan todos los lunes y martes, durante el horario en el cual los niños realizan sus actividades. Las madres se reúnen junto con dos psicólogas y se tratan los temas pertinentes de cada niño dentro del programa como son sus avances o dificultades en la

relación con sus compañeros, las inquietudes e inconvenientes que puedan surgir en la realización de las tareas como también en las actividades lúdicas.

Dentro del grupo de padres también se tratan los temas de interés de ellos acerca de la crianza de los niños en relación con toda su familia, ya que es una parte fundamental del tratamiento el acompañamiento de los familiares, tanto de los padres como de los hermanos y abuelos. Para lograr la recuperación, integración y resocialización de estos.

### **5.3 Analizar la importancia de las actividades lúdicas realizadas por los niños con sus pares para lograr la resocialización en el programa cuidar cuidando.**

Durante el cumplimiento de las horas de la práctica se pudo realizar la observación de los niños en el tiempo en que desarrollan sus actividades. En las mañanas, luego de la tarea de alimentar a los animales en la granja, los niños y los acompañantes terapéuticos concurren a un espacio de juego en la plaza del zoológico en la cual, tanto niños como acompañantes, recrean juegos para fomentar la integración y socialización.

Winicott (1982), explica que el juego es una actividad que deja de lado la individualidad, por lo que es una actividad en la cual los niños comparten y se comunican con las demás personas por esto, es una forma de fomentar la integración y la resocialización.

Además, en la actividad lúdica se desarrolla la creatividad y la imaginación, por lo cual lo creativo y lo lúdico están estrechamente ligados entre sí y enmarcados en esa tensión entre lo propio del niño y lo ajeno, entre lo que ha creado con su propia imaginación y lo que fue creado por los otros (Winicott, 1982).

Durante la observación participante en los juegos de los niños, se vio como se daba este fenómeno de creación de nuevos juegos mediante la imaginación, los niños utilizaban objetos como ramas, botellas y otros elementos que encontraban en la plaza o en sus alrededores para imaginarse, con estos elementos que tenían determinados objetos o juguetes como por ejemplo una espada o una bomba, con los cuales, creaban historias o batallas en las que cualquier niño podía ser cualquier personaje y los juegos de la plaza se transformaban en naves, castillos o colectivos, la imaginación de los niños era infinita.

En estos juegos ningún niño era dejado de lado sino que la integración estaba presente durante toda la actividad, ya sea porque ellos mismos se convocaban para jugar o por la intervención de los acompañantes terapéuticos. Asimismo, en el caso de que un niño llevara un juego o juguete el mismo era compartido con el resto de los compañeros. Como es el caso de dos niños del programa, uno concurría todos los días con un peluche de una cebra y el otro niño con unas cartas de un personaje de dibujos muy popular en los niños de su edad, estos juguetes eran compartidos con todos los niños y acompañantes, además de crearse nuevos juegos con ellos.

En este espacio no existían las diferencias en cuanto a edad, sexo, clase social, nivel educativo o patologías sino que todos tenían la posibilidad de jugar y compartir con sus compañeros.

García y Llull (2009), sostienen que el juego es una actividad indispensable para el aprendizaje en la infancia y a partir de está el niño desarrolla su maduración psicomotriz, su actividad cognitiva y su capacidad afectiva. Como también es una actividad que provoca placer y recreación, por esto el juego cumple la función de enseñanza a partir de la experiencia de una manera más entretenida y atractiva.

Como bien explican los autores, durante toda la mañana los niños estaban en un constante aprendizaje en cuanto a las formas de relacionarse con los demás, de manera respetuosa, aprendiendo modales tanto con las personas como con los animales, aprendiendo las reglas y los límites de las actividades antes de pasar a otras, teniendo paciencia y compromiso. Además, van adquiriendo conocimientos sobre los animales, sus cuidados, su alimentación y su lugar de procedencia, también obtienen conocimientos sobre las plantas de la huerta y sus cuidados, o cualquier inquietud que se les presentaba era respondida por los acompañantes y de esta manera aprendían a partir de la experiencia, como parte de un juego.

Como en el caso de un niño el cual tenía muy buenas capacidades para aprender



rápidamente y era un muy buen alumno en el colegio, sin embargo la razón por la cual concurría al programa era por problemas de integración. Este integrante a pesar de tener muy buena relación con los demás compañeros varones tenía mucha dificultad para relacionarse con las compañeras a las cuales trataba de manera muy agresiva y hasta las golpeaba, por lo cual, también prefería relacionarse con los acompañantes terapéuticos hombres.

Este niño, durante una mañana en la plaza de juegos del zoológico sintió una gran curiosidad por un reloj que formaba parte de los juegos y pregunto acerca del cómo saber la hora ya que su padre le había regalado un reloj pero no sabía cómo usarlo, y junto con la ayuda de una acompañante logro aprender la hora de una manera lúdica en un espacio de juego, es decir que además de ser un espacio de recreación aprendían constantemente por medio de la experiencia. Para los integrantes del programa, tanto coordinadores como acompañantes terapéuticos, las actividades lúdicas son la parte más importante para la resocialización. En las entrevistas tomadas todos coincidieron en que gran parte del tratamiento del niño se da en el espacio de juego, porque lo estimula constantemente haciendo que el niño asimile conocimientos, ejercite su actividad cognitiva creando estrategias de juego y ejercitando sus capacidades motrices.

Es muy importante que el infante logre jugar y se integre porque, cuando juega esta en contacto con los otros y sale del aislamiento, propio de algunos infantes con patologías como por ejemplo autismo, además la experiencia del juego es gratificante y placentera en sí misma. Esta es una actividad recreativa para los niños que como condición ya deben estar escolarizados por lo tanto reciben la formación académica en las escuelas.

Mediante el juego se manifiestan múltiples capacidades o disfunciones de los niños, una buena observación permite hacer foco en cada uno de ellos, aunque el juego se realice grupalmente cada uno demuestra sus inquietudes de manera individual, en su forma de relacionarse y comportarse, es en este aspecto en el cual se debe intervenir para trabajar sobre las dificultades.

#### **5.4 Describir los vínculos sociales que establecen los niños con los acompañantes y sus pares durante las actividades en el programa.**

Como se mencionó anteriormente, las actividades lúdicas son para este dispositivo una parte fundamental en la resocialización y la formación de vínculos entre los niños y sus acompañantes. Según López (1985), la manera más adecuada de entender la socialización es a partir de la interacción de los niños con su entorno, lo cual es un proceso que se da desde el nacimiento y de manera diferente en cada persona según la etapa de desarrollo, estado de salud, sexo y según las características que diferencian a cada persona según su propia personalidad.

Durante la práctica realizada en el programa se pudo observar la vinculación de los niños, en la cual si bien todos interactuaban, se generaban diferencias entre pequeños grupos según las características de los niños. El ejemplo más visible que se observó fue el de un grupo de tres niños los cuales tenían características comunes como sexo, edad y nivel de educación.

Estas características generaban que entre estos niños se den intereses comunes los cuales conversaban y debatían entre ellos como juegos, grupos musicales, programas de televisión, vestimenta y equipos de futbol entre otras cosas.

En el caso de la vinculación entre acompañantes y niños también se generaban diferencias, entre algunos niños y acompañantes se notaba una mayor afinidad y mejor comunicación. Con lo cual, algunos niños al comenzar las actividades buscaban inmediatamente al acompañante con el cual compartían las tareas de granja, y luego al llegar a la plaza se integraban con el resto de sus compañeros.

Rivier (1956), propone que los vínculos son una condición para la supervivencia, es decir que en el momento del nacimiento el niño es tan prematuro que le es imposible sobrevivir por sí mismo sin la ayuda de otro que lo asista en sus necesidades y lo incluya en la sociedad, ese otro ya forma parte de la sociedad por el solo hecho de asistir al niño. Por eso el autor cree que el vínculo es una forma particular de relacionarse con otro u otros, creando una estructura

que es particular para cada caso y para cada momento.

En la observación participante fue muy claro ver los diferentes vínculos que se formaban entre los niños, en el caso de las actividades grupales, los niños no tenían dificultades para relacionarse entre ellos, sin hacer distinciones o discriminaciones.

Por otra parte, la interacción de todos los niños no se realizaba de la misma forma debido a sus diferentes padecimientos mentales, los cuales en algunos casos modificaban la forma de relacionarse. Como en el caso de dos niños que no habían adquirido el habla por sus dificultades debido al autismo, pero aun así, lograban manifestarse con gestos faciales, movimientos corporales y mímicas, y de esta manera, podían jugar con los demás niños y participar en todas las actividades. En relación al vínculo que se generaba entre los niños y los acompañantes o coordinadores, no era un vínculo de médico paciente, tampoco un vínculo entre iguales como si fuese una relación de amigos. Como bien lo describió un acompañante terapéutico en una entrevista, se intentaba generar una relación de confianza que actué como facilitador para que el niño pueda desenvolverse de la mejor manera posible en sus actividades, ayudarlo en sus dificultades, incitándolo a integrarse y escuchando las inquietudes que pueda relatar, para luego, comentarlas con el resto del equipo para plantear las intervenciones necesarias.

Teniendo en cuenta las características, aptitudes o dificultades de cada niño en la relación entre los acompañantes terapéuticos y los niños, no siempre se observó una relación fácil. En algunos casos, los niños eran más participativos y amables con los acompañantes lo cual hacía que las tareas sean más fáciles y, en otros casos, los niños no tenían predisposición para realizar las actividades y hasta se comportaban de manera agresiva para con los demás, no obedeciendo las reglas.

Durante la experiencia, se observó el caso claro de un niño que padecía trastorno por déficit de atención y, debido a esto, le costaba mucho seguir las actividades durante la mañana, tenía la necesidad de estar en un constante movimiento y se aburría muy rápidamente de todas las tareas. Es por esto que su comportamiento era muy malo para con los demás niños y los golpeaba cuando estaban jugando en la plaza, o se escapaba de las actividades para ir a ver a los animales. Lo que generaba un mayor esfuerzo por parte de los acompañantes para lograr que el niño realizara las tareas.

Es decir que la relación entre acompañantes y niños era diferente en cada caso según las características del niño.

### **5.5 Describir las tareas realizadas por los acompañantes para lograr la resocialización de los niños.**

El trabajo de los acompañantes terapéuticos cumplía una función fundamental tanto como medio para fomentar las actividades lúdicas como también para la formación de vínculos entre los niños y, mediante esto, lograr la resocialización.

Según Rossi (2007), los acompañantes terapéuticos son una parte fundamental de los dispositivos terapéuticos, trabajan fuera de las instituciones cumpliendo múltiples funciones importantes, para ayudar a facilitar las condiciones apropiadas del tratamiento, sosteniendo el dispositivo frente a las situaciones de crisis y destrabando el trabajo terapéutico cuando se requiere. El acompañamiento terapéutico además es muy eficiente para disminuir sufrimientos y controlar los desbordes.

En este proceso de rehabilitación y resocialización el acompañante es quien se encarga de ayudar a reforzar las potencialidades y virtudes de cada individuo, alejándolo de la enfermedad y logrando una apertura social en la cual el paciente sea capaz de compartir y comunicarse con el resto de las personas como un semejante, compartiendo cualquier tipo de actividad (Rossi, 2007).

Dentro del programa, los acompañantes se encargan de realizar todas las tareas con los niños, desarrollando las intervenciones necesarias para lograr una mejor adaptación e integración entre ellos. Además, al finalizar la jornada se efectúa una reunión grupal entre los acompañantes y los demás profesionales, en la cual se pone en común la información de los

resultados de las tareas de todos los días y las posibles nuevas intervenciones.

Los acompañantes terapéuticos se encargaban de ayudar a los niños en el cumplimiento de las tareas. En todos los niños se generaba una preferencia por algún acompañante con el cual compartían gran parte del tiempo, el trabajo de los acompañantes era el de ayudar al niño a socializarse con los demás tanto niños como adultos, incentivándolo a expresarse y compartir con los otros ya que muchos de ellos concurrían al programa por problemas de integración o de comportamiento en la escuela.

En algunos casos los problemas de integración se generaban a consecuencia de las mismas patologías, las cuales, que poseen características deferenciales, como por ejemplo el autismo o el trastorno por déficit de atención, las cuales marcan una dificultad a la hora de relacionarse con los demás tanto niños como adultos.

En el ámbito del programa no eran tan notorias estas dificultades porque se trabajaba toda la jornada en función de esta integración, pero si en el ámbito familiar o escolar en la historia de muchos de los niños existían problemas de aislamiento, mal comportamiento y en algunos casos violencia por parte de los niños.

Un caso notable fue el de un niño proveniente de otro país que llegó al programa por problemas de integración en la escuela, este vivía en el país hace apenas un año con su madre, siendo el único hijo de ella, el no tenía interés en relacionarse con gente de su edad, solo tenía relación y conversaciones con su madre y gente mayor. Durante el primer tiempo en el programa no se lograba que el niño juegue con los demás compañeros, él solo conversaba de manera muy adulta con los acompañantes y, cuando se lo incitaba a jugar, siempre decía que no porque le resultaba aburrido, era incapaz de soltarse y divertirse.

Luego, mediante el tratamiento se lo fue incentivado a jugar, inventar historias o dibujar, y él solo accedía a hacerlo siempre y cuando se tratara de algo que a él le interesaba como los animales, tenía una gran curiosidad por los animales, de esta forma fue logrando adaptarse y relacionarse primero solo con algunos juegos y temáticas. Posteriormente, con el paso del tiempo, fue adquiriendo la capacidad de participaren todos los juegos, y ya no era una condición que estos se trataran de los temas que a él le interesaban, esto se logró gracias al trabajo de los acompañantes que se encargaron de flexibilizar sus intereses para que pudiera compartir con los demás niños de su edad.

Los autores Mauer y Resnizky (2004), distinguen cuatro movimientos en la relación entre el paciente y el acompañante terapéutico. El primer movimiento es en el cual se inicia la relación, la cual puede ser de dos maneras según cada paciente. La primera con predominio de desconfianza en la cual se mantiene la distancia, y la segunda cuando se produce una relación simbiótica y de transferencia.

En el segundo movimiento, luego de conocerse, la relación entre paciente y acompañante se vuelve más confiable, se genera la empatía que es necesaria para desplegar las distintas maniobras terapéuticas fijadas en la estrategia de abordaje que el equipo establezca.

El tercer movimiento, se da cuando se genera la consolidación del vínculo, en el que el paciente y el acompañante comienzan a compartir más que tareas y objetivos. Y en este momento es cuando el paciente y el acompañante se replantean cuáles son sus roles, siendo importante destacar la importancia de separar los roles y asumirlos con responsabilidad para que nos sean confundidos.

Por último, el cuarto movimiento es la finalización del acompañamiento, en el cual se debe dar una separación gradual y respetuosa para elaborar el duelo por la despedida.

Durante el tratamiento de los niños era claro ver estos cuatro movimientos. Primero el reconocimiento, segundo la toma de confianza, que en algunos niños este proceso se daba de manera más rápida mientras que en otros llevaba más tiempo. Luego del inicio de la relación se ponían en marcha las intervenciones siempre delimitando el rol que debía cumplir cada uno, para que el acompañante no se vuelva un amigo del niño y, por último, la separación en la que, el acompañante que no concurriría más era el encargado de despedirse de los niños dedicando unas palabras sobre su experiencia y saludando a cada niño para dejar en claro la finalización de su trabajo.

## **5.6 Describir el trabajo interdisciplinario que llevan adelante los profesionales para lograr la resocialización en los niños.**

El programa se presenta como un dispositivo alternativo de resocialización en el cual se trabaja de manera interdisciplinaria con distintos profesionales de la salud mental. Brindando prácticas de integración para fortalecer y afianzar los vínculos sociales de los niños con dificultades emocionales y conductuales.

Según Menéndez (1998), el trabajo interdisciplinario puede definirse como el producto del desarrollo científico técnico y social, no como la suma indistinta de saberes ni la superposición de actuaciones, sino que es la interacción y el intercambio entre los conocimientos de todas las disciplinas en busca de una respuesta a una problemática.

En la realización de este trabajo es necesario reunir todas las intervenciones de los distintos profesionales sobre una problemática específica que lo requiera, logrando una articulación como también la interacción con las demás disciplinas con total apertura hacia el conocimiento, aplicando cada ciencia pero sin un carácter totalitario sobre una problemática específica (Menéndez, 1998).

Además, Menéndez (1998), plantea que es necesario respetar los campos de conocimiento de las demás disciplinas teniendo en cuenta sus límites. Por esto es indispensable saber qué es lo propio de cada disciplina y cuáles son sus límites, es necesaria la delimitación de las tareas para la coordinación de las intervenciones de manera que se pueda lograr una continuidad en estas y un intercambio de los resultados obtenidos para que pueda realizarse un análisis y luego la planificación de nuevas intervenciones.

En este programa se trabaja con un equipo interdisciplinario formado por diferentes profesionales de distintas disciplinas de la salud mental. En primer lugar el psiquiatra del equipo al tener conocimientos sobre farmacología le permite evaluar los psicofármacos que están ingiriendo los niños por algún tratamiento, y si advierte alguna anomalía que le esté causando un malestar, se pone en contacto con el psiquiatra de la obra social que atiende al niño para lograr una mejora en ese tratamiento. El saber acerca de la medicación que toman algunos niños permite comprender sus cambios a nivel físico, emocional y social.

El psicólogo del programa es el coordinador, quien cumple las funciones administrativas del programa. En el caso de que surjan nuevas alternativas o actividades que beneficien a los niños actúa como comunicador para solicitar la aprobación del personal del zoológico, además es el encargado de evaluar los perfiles de los niños y asegurar que cualquier individuo que ingresa al programa este cubierto por el seguro del mismo.

El psicólogo define al programa como un trabajo interdisciplinario e intersectorial, ya que se trabaja a través de las redes con los diversos sectores de la sociedad, como son la familia, la escuela y las demás instituciones a las cuales concurren los niños para favorecer las estrategias de integración social.

Asimismo, forman parte del equipo dos terapeutas ocupacionales quienes evalúan las tareas de los niños y supervisan el trabajo de los acompañantes, guiando a estos para intervenir en los momentos en que los niños lo necesiten, con el objetivo de facilitar la integración de los niños durante el espacio de recreación en la plaza y la participación en la tarea de alimentar a los animales en la granja.

Otra parte importante del programa son los acompañantes, estos establecen vínculos con el resto del equipo de profesionales, y al estar en continuo contacto con los niños, compartiendo toda la mañana y acompañándolos en la realización de las actividades, forman una relación de confianza mutua que les permite observar cualquier tipo de mejoría o inconveniente en los niños.

Al finalizar la jornada durante la reunión de equipo los acompañantes exponen lo percibido en cada niño, por lo tanto, la opinión y participación de los acompañantes es fundamental. En caso de que surja un hecho en el que se tenga que intervenir el equipo profesional brinda las opciones más adecuadas para resolver esos problemas.

## 6. Conclusión.

El presente trabajo final integrador tuvo como objetivo describir de qué forma, el programa que se realiza en el Jardín zoológico de la Ciudad de Buenos Aires, actúa como dispositivo de resocialización en niños y adolescentes con problemas emocionales y cognitivos.

Con el objetivo de comprender analizar y definir la corriente alternativa de psicología comunitaria propuesta por el programa, se la diferenció de las instituciones manicomiales y neuropsiquiátricas, las cuales fueron fundadas por la psiquiatría y dominadas por el saber médico.

Este dispositivo se diferencia ampliamente de los dispositivos que controlan y cosifican al paciente, ya que en este programa se busca a partir de la dimensión lúdica y la realización de actividades, lograr la integración de los niños a su ambiente cotidiano.

Se propone llevar a los niños a un espacio de realización social y cultural, para aproximarlos a una participación más plena dentro de lo social y donde no sean tomados como pacientes. Además, este programa plantea la necesidad de disminuir la medicación o la desmedicalización en los casos en que sea necesario, para mejorar la calidad de vida de los niños.

Este dispositivo está integrado por un equipo interdisciplinario. Dentro del mismo trabajan psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y acompañantes terapéuticos, para generar un mejor resultado en las intervenciones.

Además, dentro del programa se desarrolla un taller para padres para fomentar la resocialización de los niños fuera del espacio del programa, en cual se trabaja con la familia.

Este trabajo se encargó de analizar el grupo de los más pequeños, los cuales cuentan con un espacio donde tienen contacto con los animales de granja, a los que cuidan y alimentan, luego realizan actividades lúdicas en la plaza del zoológico y por último, comparten una merienda junto con el resto del equipo.

Para lograr la resocialización en los niños, las actividades lúdicas son la parte más importante, ya que gran parte del tratamiento de estos se da en el espacio del juego, porque los estimula constantemente haciendo que asimilen conocimientos, ejerciten su actividad cognitiva creando estrategias de juego y desarrollen sus capacidades motrices. Además, es muy importante que el infante logre jugar y se integre porque un niño que juega está en contacto con los otros y sale del aislamiento, propio de algunos infantes con patologías.

Como se mencionó anteriormente las actividades lúdicas son para este dispositivo una parte fundamental en la resocialización y la formación de vínculos entre los niños y sus acompañantes.

En cuanto a la vinculación de los niños, en la cual si bien todos interactuaban, se generaban diferencias entre pequeños grupos según las características de los niños. Como también en el caso de la vinculación entre acompañantes y niños se generaban diferencias, entre algunos niños y acompañantes se notaba una mayor afinidad y mejor comunicación. A pesar de que se daban pequeños subgrupos en los vínculos que se formaban entre los niños, y entre los niños con los acompañantes, en el caso de las actividades grupales, los niños no tenían dificultades para relacionarse entre ellos, sin hacer distinciones o discriminaciones.

El programa se presenta como un dispositivo alternativo de resocialización en el cual se trabaja de manera interdisciplinaria con distintos profesionales de la salud mental. A partir de prácticas y actividades para el logro de la integración, fortalecer y afianzar los vínculos sociales de los niños con dificultades emocionales, psicológicas y conductuales.

Dentro del programa se cuenta con distintos profesionales del campo de la salud como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y acompañantes terapéuticos. El trabajo de los acompañantes terapéuticos asumía una función esencial tanto como medio para fomentar las actividades lúdicas como también para la formación de vínculos entre los niños y mediante esto lograr la resocialización.

La principal limitación del trabajo fue por el tiempo acotado de la residencia, ya que no se pudo analizar la evolución del tratamiento en los niños a lo largo del tratamiento completo.

Además, en cuanto al tratamiento individual de cada caso, no se pudo acceder a la historia

clínica de los niños ni a la información brindada por el hospital acerca de los psicofármacos que ingería cada uno de ellos.

Otra de las limitaciones fue a causa de las permanentes faltas de algunos niños o la suspensión de las actividades por cuestiones climáticas, ya que estas actividades se realizan al aire libre, por lo que esto dificultaba el seguimiento.

Por último al realizarse las actividades en espacios muy amplios y con más personas con las que se compartía el acompañamiento, se dificultaba rescatar la información diaria de cada uno de los niños ya que no se podía estar en contacto con ellos durante todas las actividades. De todas maneras, en las reuniones de equipo que se realizaban al finalizar las actividades, se comentaba lo más relevante de cada niño durante las actividades.

A través de este trabajo de investigación, se concluye que a partir del apoyo social se logran establecer estrategias de resocialización en los niños.

En cuanto a la perspectiva crítica dentro del programa se deberían incluir nuevas actividades, de manera que se pueda incentivar a los niños a salir del circuito que realizan durante todo el tratamiento y que las actividades no se vuelvan tan monótonas.

Luego de las observaciones y la investigación teórica durante la práctica, se puede inferir que es necesaria la atención por parte de profesionales de la salud mental en políticas de salud públicas comunitarias de resocialización. Este trabajo debe realizarse de manera interdisciplinaria, evitando la internación prolongada y fuera del espacio hospitalario. Se debe tomar un compromiso de trabajo sobre la población que lo solicite.

Por otro lado, la práctica realizada permite visualizar como es el trabajo profesional dentro del programa de resocialización para niños realizado en el zoo de Buenos Aires y, por otra parte, permite comprender la teoría al aplicarla a la práctica durante la experiencia. Además, esta investigación sirve como un aporte para la creación de nuevos programas de resocialización para niños desde un espacio público comunitario. Focalizado en las actividades lúdicas mediante las cuales se logra la formación de nuevos vínculos y con esto la resocialización de los niños que lo solicitan.

## 7. Referencias Bibliográficas:

- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- Deleuze, G. (1989). *¿Qué es un dispositivo? En Michael Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Fanlo, L. (2011) *¿Que es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben*. Revista de filosofía A Parte Rei. 74, 1-5.
- García, A. & Llull, J. (2009). *El juego infantil y su metodología*. Editex
- Galende, E. (1983). *La crisis del modelo médico en psiquiatría*. Cuadernos médicos sociales, 23, 1- 7.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2006). *Consideración de la subjetividad en salud mental. Salud mental y comunidad*. Buenos Aires: Paidós. 2, 23-29
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Ministerio de Salud. (2013). Presidencia de la Nación, Decreto Reglamentario Argentina.
- López, F. (1985). *La formación de los vínculos sociales*. Madrid: AGISA.
- Mauer, S. K. & Resnizky, S. (2004). *Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico-clínica*. Buenos Aires, BS, Argentina: Letra Viva.
- Menéndez, F. (1998). *Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 18(65), 145-148.
- Moneta, M. E. (2014). *Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby*. Revista Chilena de Pediatría, 85(3), 266.
- Nivoloni, J. M. (2008). *El acompañamiento terapéutico y la psicosis*. Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental. 1 (5). Disponible en el sitio web de la Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental de la Universidad de Salamanca:  
<http://psi.usal.es/rppsm/pdfn5/elacompañamientoterapeuticoylapsicosis.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). Documento presentado en la 43.ª Reunión del Consejo Directivo. Promoción de la Salud. *Washington Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*. 1(5), 1-8.
- Pichon-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1969) *Psicología del niño*. Madrid: Morata.
- Rossi, G. P. (2007). *Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires, BS, Argentina: Polemos.
- Utrilla, M. (1998). *¿Son posibles las terapias en las instituciones?*. Estudio situacional. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Vasen, J. (2006). *Reinserción social en adolescentes a través del programa "Cuidar cuidando"*. Revista Argentina de Psiquiatría. 17, 436
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

