

# Unidades de co-cuidadores en red para atención temprana en la infancia en Buenos Aires

Andrea Baldomir

Introducción y metodología: El tema de debate que propongo son las **Unidades de Co-Cuidadores en Red para Atención Temprana (UCRAT)**. Está basado en una investigación cualitativa sobre **Atención temprana de niñas/os en riesgo (AT)** con datos recolectados entre 2000 y 2016. La muestra comprende 70 familias usuarios de AT y 70 profesionales de equipos interdisciplinarios e intersectoriales. Los informantes provienen de 8 servicios en centros de salud de CABA y 1 servicio penitenciario del GBA. El empleo de UCRAT fue descrito por profesionales y usuarios de AT en entrevistas semi-estructuradas, abiertas y focus-groups, complementándose con observaciones de diadas y servicios. 16 familias y 3 programas aportaron datos longitudinales de primera fuente. Entre las familias, un 70.85% de niños/as tenían al menos un progenitor inmigrante o migrante interno, representando culturas de 11 países y 9 provincias argentinas e incluyendo unas pocas familias de pueblos originarios. Los objetivos fueron (1) describir las estrategias de sociali-

zación emergentes de los variados repertorios culturales de usuarios de AT, continuándose al (2) identificar modalidades de abordaje de AT ajustadas al marco legal vigente y culturalmente pertinentes. La perspectiva de interculturalidad atañe tanto al origen familiar como a los intercambios en servicios de AT entre participantes de clases populares (usuarios) y medias (profesionales).

Tareas de AT: Las UCRAT se centran en tareas colaborativas entre padres, co-cuidadores y profesionales en torno a niñas/os (0-6 años) con necesidades especiales o en riesgo “bio-psicosocial” (Gómez et al. 2011). En la AT institucional, las UCRAT cumplían varias funciones:

- 1) Posibilitar la implementación de planes personalizados y culturalmente apropiados para niñas/os y familias. Los objetivos conciernen a la supervivencia/salud, el desarrollo y la protección de niños/as.
- 2) Instrumentar un balance de poder entre profesionales y familiares, considerando que estas relaciones suelen estar afectadas por rupturas interculturales (Chambers, 2000).
- 3) Facilitar las interconexiones entre instancias de desarrollo (Ej. hogar, AT institucional con comunidad: jardín, centro de salud, ONG, espacios recreativos, colectividad nacional o religiosa).

- 4) Nuclear la provisión de apoyo a las familias y niña/o en riesgo.

Marco legal: Propongo que la modalidad de abordaje UCRAT es un ejemplo de *buenas prácticas*. Es factible de ser diseminada, cumple con convenciones internacionales y la legislación actual encuadrando derechos de niñas/os, pacientes, inmigrantes y personas con necesidades especiales, prestaciones de salud básica, mental y terapéutico-educativas como AT. Sigue los principios de la convención sobre los derechos del niño (CDN: ONU, 1989-90), la implementación de CDN en primera infancia (ICDN: ONU, 2004-2005) y la convención sobre los derechos de personas con discapacidad (CDPD: ONU, 2006). Se ajusta a los requisitos de las leyes sobre derechos (114/1998, 25.871/2003, 25.929/2004, 26.061/2005, 26.529/2009), sobre salud (153/1999, 448/2000, 26.657/2010) y sobre atención/estimulación temprana (24.195/1993, 24.901/1997, resolución 1.328/2006). El marco legislativo se refiere al niño/a como sujeto de derecho. Las leyes de salud encuadradas en documentos latinoamericanos (OPS, 1990, 2005a, 2005b) señalan como lazos sociales fundamentales los de familia y comunidad de los cuales son miembros las personas afectadas por sufrimiento psíquico.

Culturalmente relevantes: Conforme al análisis de datos y respondiendo a los objetivos (1-2), las UCRAT

eran culturalmente relevantes y receptivas para usuarios de AT pública. Su modalidad de abordaje en red era análoga a las estrategias centrales con que las familias de bajos recursos económicos afrontaban los desafíos cotidianos en Buenos Aires. Las UCRAT incorporaban a familiares y co-cuidadores de las redes informales de cada niña/o. Así seguían el modelo de redes de maternaje “de co-madres” descritas por participantes de AT. Estaban basadas en mecanismos de interrelación e intercambios colectivos que amparan a las díadas y asisten en su desarrollo. Los miembros compartían por lo tanto perspectivas análogas sobre crianza e infancia y utilizaban mecanismos de afrontamiento similares para problemas comunes. Estas estrategias se distinguían en familias que sobrellevaban dificultades características de su entorno de manera óptima o promedio (reconocidas como del desvío positivo. Ver Walsh & Anderson, 1987; Pascale et al., 2010). Sin embargo, las familias con mayores obstáculos en sus situaciones de vida y con niñas/os inmersos en alto riesgo ambiental, estaban comúnmente rodeadas de soportes débiles o no tenían lazos solidarios en su entorno. Las UCRAT eran entonces útiles para tratar de re/integrarlas a unidades sustentables y sustentadas en lazos pro-sociales y constructivos. A partir de ello se establecían objetivos personalizados a la singularidad de cada persona.

Entretejido de lazos en estructuras horizontalistas: En la asociación entre familiar (y co-cuidadores), niña/o y profesional/facilitadora, se diseñaban, implementaban y se hacía seguimiento de los objetivos del plan de AT. Capitalizando los lazos de protección y solidarios de los contextos de desarrollo cercanos a las díadas, las UCRAT los instrumentaban como bienes culturales y recursos de AT. Especialmente cuando las UCRAT empleaban facilitadoras del mismo entorno comunitario que las familias, éstas asumían un *rol-puente*, vinculando co/cuidadores y niños/as con diferentes niveles de funcionamiento y posibilidades de desarrollo. Además, en el inter-juego que permitían las UCRAT entre las instancias de desarrollo en que participan los niños/as diariamente (Ej. hogar-institución de salud-comunidad) se alcanzaban ciertos logros: Se fortalecía el meso-sistema (Bronfenbrenner, 1979), se evitaba la imposición de arbitrarios culturalmente dominantes (Bourdieu & Passeron, 1990) al reflexionar sobre quiebres interculturales (Chambers, 2000) y se vehiculizaban aspectos de apoyo social (Cohen & Syme, 1985) y constitucional (Trivette et al., 1986). Con estos apoyos, las participantes favorecían conjuntamente la tramitación de recursos que no podían organizar por separado, generando mecanismos autogestivos grupales. Cada una de las tareas de AT (i-iv) facilitaban “momentos de inclusión” (Lareau & Horvat, 1999). En alianzas trans-contextuales (Bronfenbrenner, 1979) constituidas en las UCRAT, los

recursos activados por familiares o co-cuidadores eran además legitimados en el caso de instituciones donde había asimetrías de poder en juego.

Dos ejemplos de UCRAT: La especificidad cultural, los planes “a medida”, el apoyo y balance de poder radicado en su estructura a-jerárquica, eran fundamentales en ciertas UCRAT examinadas. Una UCRAT penitenciaria (Taller de arte y sensibilización) ejemplifica esta modalidad de abordaje empleando técnicas artísticas y lúdicas localmente adaptadas a AT (Ver César, 2011). En base a esta metodología específica de AT, las participantes creaban conjuntamente un andamiaje (Vygotsky, 1978) de competencias de crianza y desarrollo tanto para las díadas como para sus familiares (ej, hermanos). En conjunto, acompañadas por coordinador y facilitadoras, las mujeres diseñaban objetivos de AT a medida del entorno y su situación singular. Las actividades, técnicas y proyectos eran particularizados para cada díada aún cuando simultáneamente re-editaban estrategias características de las culturas participantes. Los planes resultantes tenían como elemento pivotal el contacto con el afuera, ya fuera con la familia extendida y sobretodo con niñas/os mayores, o con alguna instancia comunitaria (Ej., organizaciones enlazando díadas con familias procuradoras de salidas y contactos). Usando como disparadores técnicas de Clown, Butoh, Origami,

literarias y otras disciplinas creativas, las díadas jugaban, actuaban, escribían, muralizaban o hacían collages y así reflexionaban sobre su situación y el futuro. Los temas se extendían desde las relaciones diádicas, de redes o institucionales hasta normas comunitarias y de convivencia. El trabajo empoderaba a los participantes, desplegando también lazos empáticos en las UCRAT y extendiéndolos a otros en la “comunidad carcelaria”. Las UCRAT conseguían finalmente funcionar autónomamente en la institución y, con algunas miembros, aún después de la liberación.

En instituciones de salud, el trabajo con niñas/os, familiares y co-cuidadores se complementaba con ofertas terapéuticas individuales, diádicas y grupales (Ej. música, juego, huerta, zooterapia). Por su estructura híbrida y cooperativa, las UCRAT facilitaban la toma de decisiones compartida en tratamientos interdisciplinarios/inter-sectoriales que deben incorporar tanto dispositivos institucionales como comunitarios (Leyes 153/1999, 25.929/2004, 26.529/2009). Incluyendo familias de niveles de funcionamiento variado, las UCRAT propagaban estrategias funcionales a todas las díadas participantes. La valoración de los saberes no disciplinarios (PNSM, 2010) y del rol de las madres tenía mayor trascendencia y eficacia en estas redes mixtas, permitiendo el empoderamiento de las participantes. Una UCRAT

hospitalaria también funcionaba como base para identificar y trabajar objetivos en planes individualizados para niño/a y familia. Las UCRAT servían discutir tópicos de AT, metas evolutivas y modelar actividades que promovieran el desarrollo de niñas/os. Siendo trans-contextuales, permitían conectar a la institución con instancias de desarrollo en las variadas comunidades de residencia de los participantes. Los planes organizaban cuidados en redes interdisciplinarias e intersectoriales, descentrando el trabajo hospitalario y posibilitando que se continuara en dispositivos comunitarios (Leyes 24.195/1993; 448/2000; 26.657/2010). Coordinar el meso-sistema debe hacerse por medio de acuerdos con familiares ya que los profesionales institucionales tienen una capacidad limitada para extenderse y acordar objetivos con las múltiples instancias comunitarias intervinientes. Como en otras tareas de AT, la madre es la implementadora principal. Así, las UCRAT maximizan los recursos humanos existentes e incrementan su capacitación (Ley 26.657/2010) en familias, servicios institucionales y comunidad. Tanto los familiares como las redes informales pueden contribuir más efectivamente si no dependen de profesionales. Las UCRAT desarrollaban la dirección para AT, la motivación autónoma (Resolución 1.328/2006) y el compromiso de familiares y co-cuidadores. Así, re/habilitaban modelos de interacción que facilitan al niño/a su permanencia en casa, seguida de su integración a servicios ambulatorios de AT, de salud y escolares.

## Conclusiones

De acuerdo a la ley 24.901 (1997), las prestaciones para personas con discapacidad (en infancia nos referimos a niña/o en riesgo o con necesidades especiales) deben sincronizarse dando cobertura integral con recursos humanos, metodologías y técnicas pertinentes, por el tiempo y etapas necesarias para acompañar el desarrollo y aprendizaje de cada niño/a. Esto supone el apoyo a y de quienes están a cargo de los cuidados de niñas/os (CDN: ONU, 1989-90; ICDN: ONU, 2004-2005; CDPD: ONU, 2006). Congruentemente, la incorporación al tratamiento de lazos sociales significativos es un requisito legal para estos servicios (leyes 448/2000, 26,657/2010). La conexión, coordinación y continuidad entre servicios (y tácitamente la interconexión de objetivos entre instancias de desarrollo) es un requisito para una práctica efectiva y acorde con la ley (podría pensarse en 24,901/1997, 26,657/2010 y resolución 1,328/2006). El énfasis en la participación de co/cuidadores y la transferencia coordinada de ciertos servicios a organizaciones comunitarias permite la descentralización de la práctica hospitalaria, delegándola en la comunidad cercana al niño/a. El apoyo o restitución de redes inclusivas e integradoras es una acción medular en la reorientación del sistema y sus servicios, coincidiendo con la estrategia central de interrelación que

se encuentra en el haber de las familias de bajos recursos económicos y altos recursos psicosociales. En las UCRAT los lazos colectivos pueden circular y enhebrar a diádas participantes, también a las más vulnerables. En este sentido, la implementación de las UCRAT es culturalmente sensible y responde tanto al marco teórico-legal de AT, como al contexto específico y singular de desarrollo de los usuarios de AT en instancias públicas.

## Referencias Bibliográficas

**Bourdieu, P. & Passeron, J. C.** (1990). *Reproduction in Education, Society and Culture*. London, Sage.

**Bronfenbrenner, U.** (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA, Harvard University.

**César, R. A.** (2011). *Por Dentro*. Buenos Aires, Imago Mundi.

**Cohen, S. & Syme, L.** (Eds.) (1985). *Social Support & Health*. NY, NY, Academic Press.

**Gómez, M. F., Salazar, V. H., Talou, C.** (2011). *Programas de atención temprana en el marco de los derechos humanos. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII, MERCOSUR*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, pp. 266-270.

**Lareau, A. & Horvat, E. M.** (1999). *Moments of Social Inclusion and Exclusion Race, Class, and Cultural Capital in Family-School Relationships*. *Sociology of Education*, 72(1): 37-53

**Pascale, R., Sternin, J. & Sternin, M.** (2010). *The Power of Positive Deviance: How Unlikely Innovators Solve the World's Toughest Problems*. Boston, MA, Harvard Business Press.

**Trivette, C. M., Deal, A., & Dunst, C. J.** (1986). *Family Needs, Sources of Support and Professional Roles: Critical Elements of Family Systems Assessment and Intervention*. *Diagnostique*, 11: 246-267.

**Vygotsky, L.** (1978a). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, MA, Harvard University Press.

**Walsh, F. & Anderson, C.** (Eds.) (1987). *Chronic Disorders and Families. Special Issue. Journal of Psychotherapy and the Family*, 3 (whole special issue).

## Normativas Consultadas

**Argentina, Ley 24.195** (1993). *Ley Federal de Educación*. Congreso de la Nación, abril 14. Disponible en <https://www.educ.ar/recursos/90044/ley-federal-de-educacion-n-24195-de-la-republica-argentina> [consulta: Junio de 2017].

**Argentina, Ley 24.901** (1997). *Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad*. Congreso de la Nación, noviembre 5. Disponible en [www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/5940](http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/5940) [consulta: Junio de 2017].

**Argentina, Ley 25.871** (2003). *Ley de Migraciones*. Congreso de la Nación, diciembre 17. Disponible en [www.migraciones.gov.ar/pdf\\_varios/.../Libro\\_Ley\\_25.871](http://www.migraciones.gov.ar/pdf_varios/.../Libro_Ley_25.871) [consulta: Junio de 2017].

**Argentina, Ley 25.929** (2004). *Ley de Parto Respetado, Derecho de los Padres y la Persona Recién Nacida*. Congreso de la Nación, agosto, 25. Disponible en [www.sipi.siteal.ipe.unesco.org/.../ley-no-259292004-ley-nacion](http://www.sipi.siteal.ipe.unesco.org/.../ley-no-259292004-ley-nacion) [consulta: Junio de 2017].

**Argentina, Ley 26.061** (2005). *Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*. Congreso de la Nación, septiembre, 28. Disponible en [https://www.oas.org/.../Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_los\\_Derechos\\_de\\_las\\_Ninas\\_Ninos\\_y\\_Adolescentes\\_Argentina](https://www.oas.org/.../Ley_de_Proteccion_Integral_de_los_Derechos_de_las_Ninas_Ninos_y_Adolescentes_Argentina) [consulta: Junio de 2017].

**Argentina, Ley 26.529** (2009). *Derechos del paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud*. Congreso de la Nación, octubre, 21. Disponible en [www.colegiodepsicologos.org.ar/files/ley\\_26529.pdf](http://www.colegiodepsicologos.org.ar/files/ley_26529.pdf) [consulta: Junio de 2017].

**Argentina, Ley 26.657** (2010). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Congreso de la Nación, noviembre 25. Disponible en [fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf](http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf) [consulta: Marzo de 2017].

**Argentina, Plan nacional de salud mental** (PNSM, 2010). Disponible en [2013-10-29\\_plan-nacional-salud-mental.pdf](http://2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf) [consulta: Marzo de 2017].

**Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Resolución Ministerial 1.328** (2006). *Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones a Personas con Discapacidad*. Disponible en [servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/.../norma.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/.../norma.htm) [consulta: Marzo de 2017].

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley 114** (CABA, 1998). *Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, diciembre 3. Disponible en [www.buenosaires.gob.ar/ley\\_114.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/ley_114.pdf) [consulta: Marzo de 2017].

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley 153** (CABA, 1999). *Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, febrero 25. Disponible en [www.cedom.gov.ar/publicaciones/SALUD.pdf](http://www.cedom.gov.ar/publicaciones/SALUD.pdf) [consulta: Marzo de 2017].

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley 448** (CABA, 2000). *Salud Mental*. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, julio 27. Disponible en <https://www.academica.org/000-073/461.pdf> [consulta: Marzo de 2017].

**ONU** (1989-90). Convención sobre los derechos del niño (CDN). Disponible: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org) [consulta: Marzo de 2017].

**ONU** (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Disponible en [www.un.org/disabilities/.../convention/convention\\_accessible\\_pd](http://www.un.org/disabilities/.../convention/convention_accessible_pd) [consulta: Marzo de 2017].

**ONU** (2004). Implementando los derechos del niño en la temprana infancia. Palais Wilson, Geneva. Disponible en [www2.ohchr.org](http://www2.ohchr.org) [consulta: Marzo de 2017].

**OPS/OMS** (1990). Declaración de Caracas. Conferencia. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. 11-14 Noviembre, 1990. Caracas, Venezuela. Disponible en [https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_de\\_caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf) [consulta: Marzo de 2017].

**OPS/OMS** (2005a). Declaración de Montevideo: Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de la Salud. Conferencia: 26-29 Julio, 2005. Montevideo, Uruguay. Disponible en [oei.org.uy/documentos/Declaracion-de-Montevideo.pdf](http://oei.org.uy/documentos/Declaracion-de-Montevideo.pdf) [consulta: Junio de 2017].

**OPS/OMS** (2005b). Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Conferencia: 7-9 Noviembre, 2005. Brasilia, Brasil. Disponible en [www2.paho.org/hq/.../2008/PRINCIPIOS\\_DE\\_BRASILIA.pdf](http://www2.paho.org/hq/.../2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf) [consulta: Junio de 2017].

