

3

CONFLUENCIA DE SABERES

Revista de Educación y Psicología

DOSSIER

Investigar la lectura,
la escritura y otras
prácticas multimodales
en contextos educativos:
desafíos teórico-metodológicos

Coordinan

Silvina Márquez, Ana Atorresi,
María Sol Iparraguirre y Ana Pedrazzini

EQUIPO EDITORIAL

- **Directora**
María José Laurente, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
- **Editoras Asociadas**
Fabiola Etchemaite, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Silvina Márquez, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
- **Editorxs de Secciones**
Paula Garrido, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Lautaro Steimbregger, IPEHCS, CONICET-Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Beatriz Margarita Celada, IPEHCS, CONICET-Universidad Nacional del Comahue, Argentina
- **Secretarixs de Diseño y Corrección de Estilo**
Lautaro Steimbregger, IPEHCS, CONICET-Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Paula Garrido, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Laura Delgado, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Laura Cecilia Martin, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
- **Editora Técnica**
Florencia Scilipoti, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
- **Coordinadoras del Dossier**
Silvina Márquez, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Ana Atorresi, CELLAE-Universidad Nacional de Río Negro, Argentina
Ana Pedrazzini, ECyC, IPEHCS, CONICET-Universidad Nacional del Comahue, Argentina
María Sol Iparraguirre, CELLAE-Universidad Nacional de Río Negro, Argentina

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

- PARRA, M. A.; DE GREGORIO, G.; GALLOSI, L.; VERCOVICH, G.; CORDERO, L.; NOVELINO, X.; DELUCHI, M. C. Y VALLEJOS, A.

Revisitando los criterios de buenas prácticas en Salud Mental Infantil desde la indagación de dispositivos territoriales de atención. Estudio multicéntrico cualitativo desarrollado en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén (2014-2016)

*Revisiting the criteria of good practices in
Child Mental Health from the inquiry of territorial care devices.
Qualitative multicenter study developed in the Public Health
Systems of Río Negro and Neuquén (2014-2016). Reading in the
first cycle of primary school: the case of human nutrition*

REVISITANDO LOS CRITERIOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL INFANTIL DESDE LA INDAGACIÓN DE DISPOSITIVOS TERRITORIALES DE ATENCIÓN. ESTUDIO MULTICÉNTRICO CUALITATIVO DESARROLLADO EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD DE RÍO NEGRO Y NEUQUÉN (2014-2016)

Revisiting the criteria of good practices in child mental health from the inquiry of territorial care devices. Qualitative multicenter study developed in the Public Health Systems of Río Negro and Neuquén (2014-2016)

MARCELA ALEJANDRA PARRA¹, GABRIELA DE GREGORIO², LORENA GALLOSI³, GABRIELA BERCOVICH⁴, LAURA CORDERO⁵, XIMENA NOVELLINO⁶, MARÍA CELINA DELUCHI⁷ Y ADRIANA VALLEJOS⁸

Recibido
19|10|20

Aceptado
08|03|21

Artículos
científicos

RESUMEN

El presente trabajo se enmarca en el Proyecto de Investigación “Dispositivos de Atención en Salud Mental orientados a niños y niñas. Estudio descriptivo en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén, período 2014-2016” cuyo objetivo principal fue caracterizar buenas prácticas en salud mental infantil y fue desarrollado por un equipo interdisciplinario de la Facultad de Ciencias de la Educación Universidad Nacional del Comahue. Se trató de un estudio cualitativo multicéntrico en el que se realizó un mapeo inicial a través de encuestas destinadas a los equipos de salud mental/psicosocial de las dos provincias mencionadas. A partir de dicho mapeo, se seleccionaron 14 dispositivos siguiendo criterios de buenas prácticas los cuales fueron sistematizados y caracterizados en profundidad. Para ello se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos: la revisión documental, la observación y la realización de entrevistas. El análisis de datos estuvo inspirado en la propuesta de la teoría fundamentada y el método de comparación constante y proporcionó como resultado una re-conceptualización de los criterios de buenas prácticas dentro del campo específico de la salud mental infantil. El presente escrito busca dar cuenta de este proceso de re-conceptualización realizado desde la indagación de distintas modalidades de atención y actividades territoriales.

Palabras clave: Buenas Prácticas, Salud Mental Infantil, Dispositivos, Investigación Cualitativa en Salud.

ABSTRACT

The present work is part of the Research Project "Mental Health Care Devices aimed at boys and girls. Descriptive study in the Public Health Systems of Río Negro and Neuquén, period 2014-2016" developed by an interdisciplinary team of the Faculty of Education Sciences, National University of Comahue and whose main objective was to characterize good practices in child mental health. It was a qualitative multicenter study where an initial mapping was carried out through surveys of the mental health / psychosocial teams of the two aforementioned provinces, releasing a total of 200 devices. From this mapping, 14 devices were selected following good practice criteria, which were systematized and characterized in depth. For this, the following data collection instruments were used: documentary review, observation and conducting interviews. The data analysis was inspired by the proposal of the grounded theory and the constant comparison method, and resulted in a re-conceptualization of the good practice criteria within the specific field of child mental health from the investigation of different care modalities and territorial activities. The present text seeks to provide an account of this process of re-conceptualization.

Key words: Good Practices, Child Mental Health, Devices, Qualitative Health Research.

¹ Postdoctoranda del Programa de Investigación en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (CLACSO). Doctora en Psicología Social (UABarcelona). Magister en Ciencias Sociales (FLACSO, México). Licenciada y Profesora en Psicología (UNC). Psicóloga Centro de Atención Primaria de la Salud de la Provincia de Neuquén. Docente, Investigadora y Extensionista de la (FACE-UNCo). Correo electrónico: marcelaalejandraparra@gmail.com

² Master en Administración Pública, con mención en Administración de Políticas de Salud (UNC). Licenciada en Psicopedagogía (Universidad Católica de Santiago del Estero). Psicopedagoga Hospital Fco. Lopez Lima, General Roca, Río Negro. Docente Facultad de Derecho y Ciencias Sociales e Investigadora de la Facultad de Ciencias de la Educación (UNCo). Correo electrónico: madegreg63@gmail.com

³ Doctoranda en Educación (FACE-UNCo). Especialista en Educación Infantil (UBA). Licenciada en Psicología (UBA). Docente, Investigadora y Extensionista de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue. Correo electrónico: lorenagallosi@yahoo.com.ar

⁴ Maestranda Políticas Públicas y Desarrollo (FLACSO). Licenciada en Ciencia Política (UBA). Directora General del Observatorio de Derechos Humanos, Subsecretaría Derechos Humanos del Ministerio de Ciudadanía de la Provincia del Neuquén. Docente, Investigadora y Extensionista (FACE-UNCo). Correo electrónico: gabriela.bercovich@gmail.com

⁵ Licenciada en Psicología (UBA). Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria Provincia de Río Negro. Psicóloga Hospital Área Programa General Roca, Río Negro. Investigadora Externa (FACE-UNCo). Correo electrónico: corderolaura@hotmail.com.ar

⁶ Especialización en Evaluación y Diagnóstico Psicológico, UNLa Plata (en curso). Licenciada en Psicología (UNC). Docente, Investigadora y Extensionista (FACE-UNCo). Correo electrónico: xipano@hotmail.com.

⁷ Psicóloga (FACE-UNCo). Psicóloga Hospital Área Programa Catriel - Servicio de Salud Mental Comunitaria. Río Negro. Investigadora (FACE-UNCo). Correo electrónico: celinadeluchi@gmail.com

⁸ Estudiante de Psicología (FACE-UNCo). Ex becaria CIN. Integrante Alumna Proyecto de Investigación (FACE-UNCo). Correo electrónico: adriana.vallejos94@gmail.com

Introducción

Para el adulto, es un escándalo que el ser humano en estado de infancia sea su igual.

Françoise Dolto

En el siguiente artículo presentamos una re-conceptualización de los criterios de buenas prácticas en salud mental en las infancias realizada en el marco del proyecto de investigación “Dispositivos de atención en Salud Mental orientados a niños y niñas. Estudio descriptivo en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén, período 2014-2015” (FACE-UNCo) y de la profundización de dicho estudio realizada a través del proyecto “Buenas prácticas en salud mental infantil. Estudio Cualitativo Multicéntrico de las Modalidades de Atención y Actividades desarrolladas en los Sistemas Públicos de Salud Mental de las Provincias de Río Negro y Neuquén. Período 2016-2017” (Beca “Dr. Abraam Sonis” Comisión Nacional Salud Investiga).

Ambos proyectos han sido desarrollados por profesionales de distintas disciplinas (psicología, psicopedagogía, trabajo social y ciencias políticas) junto a estudiantes de la carrera de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue durante los años 2014 y 2017¹.

En el marco de las insuficientes políticas públicas específicas en el área de la salud mental infantil y de la consecuente inmersión de la lógica del mercado en dicho campo, el objetivo de la investigación ha sido caracterizar buenas prácticas en salud mental infantil. A tal fin, se ha realizado la descripción en profundidad de distintos dispositivos –entendidos operativamente como modalidades de atención y actividades- desarrollados dentro los sistemas públicos de las provincias de Río Negro y Neuquén.

Dicha caracterización ha sido realizada con el objetivo de poner a disposición de l@s trabajador@s de la salud mental modos alternativos de desarrollar la atención orientada a las infancias y desde el entendimiento de que la investigación está ligada a ideas de compromiso, participación y transformación social.

De este modo, realizamos un mapeo inicial de los dispositivos existentes a través de encuestas destinadas a los equipos de salud mental/psicosocial de las dos provincias mencionadas. Luego, sistematizamos una serie de experiencias creativas y transformadoras que

¹ Además de las autoras de este artículo, participaron en el equipo de investigación la Especialista Silvia Morales (FADECs-UNCo), la Psicóloga Moira Ale (FACE-UNCo) y las estudiantes de Psicología María Laura Pardo, Valeria Acevedo y Ximena Del Río Trilla (FACE-UNCo).

desafían los discursos hegemónicos. Discursos naturalizan la psicopatologización, la medicalización y la desatención de la niñez (Barcala, 2013a) limitando las posibilidades de llevar a cabo acciones creativas y prácticas comunitarias que inviten a la inclusión, a la socialización y garanticen el derecho a la salud.

En ese sentido, nuestro trabajo cobra relevancia ante la creciente tendencia a la patologización y medicalización de nuestra niñez según la cual, a toda conducta “desajustada, desadaptada, disfuncional u alterada que los niños manifiesten en la escuela u otros ámbitos” (Dueñas, 2014, p.5), le corresponde un diagnóstico. Diagnósticos que se limitan a medir de manera cuantitativa ciertas funciones cognitivas que resultan supuestamente deficitarias, omitiendo toda referencia a su historia y / o a condiciones de vida. Así, conductas propias del desarrollo infantil condicionadas por los contextos en que transcurren, quedan reducidas a un simple diagnóstico resultado de un “acto clasificatorio” en el que parece no haber espacio para “escuchar” al niñ@. No solo desaparece la intención de atender y entender lo que cada niñ@ manifiesta con esta conducta, sino que se interviene buscando eliminar lo desajustado y desviado de la misma, acallando el padecer subjetivo de cada niñ@ o incluso recurriendo a fármacos para ello. Aparecen así, cual una epidemia de nuestros tiempos, cientos de niñ@s diagnosticados con síndromes tales como déficit de atención por hiperactividad (ADD/H), trastorno generalizado del desarrollo (TGD), dislexia, trastorno del espectro autista (TEA), trastorno negativista desafiante (TOD), etc.

La situación en las provincias de Río Negro y Neuquén, no escapa a estas tendencias ni a las problemáticas del escaso desarrollo y deficitaria planificación del cuidado de la salud mental infantil. No obstante, según la investigación realizada, podemos decir que en dichas provincias se desarrollan una multiplicidad y diversidad de dispositivos de atención y actividades que rompen con estas tendencias y cuyas características interesan aquí resaltar.

En ese marco, los dispositivos sistematizados y caracterizados en profundidad fueron los siguientes:

- dentro de la Provincia de Río Negro: Admisiones e Interconsultas del Hospital Dr. Pedro Moguillansky, en Cipolletti; Taller Niños Divertidos de ADANIL, en General Roca; Consejos de Niñ@s y Adolescentes, en General Roca; La Huerta para Compartir, en Villa Regina; y Fútbol Callejero: “Dame pelota... y muevo un mundo”, en El Bolsón;
- dentro de la Provincia del Neuquén, en la ciudad del mismo nombre: Grupo de apoyo a padres de bebés prematuros del Hospital Regional Castro Rendón; Grupo de Niñ@s del

Hospital Horacio Heller; Taller de apoyo a la crianza del Hospital Bouquet Roldán; Murga Trapitos de Colores del Centro de Atención Primaria de la Salud Confluencia; La Casita Itinerante del Centro de Atención Primaria de la Salud Parque Industrial; la Red Intersectorial de Neuquén del Centro de Atención Primaria de la Salud Don Bosco; en el interior de la provincia: Taller de Educación Sexual y Afectiva y Actividad en la Sala de Espera del Hospital Dr. Carlos Burdes en la localidad de Mariano Moreno.

Las experiencias antes mencionadas, no se circunscriben ni a la idea tradicional de salud mental ni a las formas convencionales de atención generalmente individuales y centradas en la patología. Por el contrario, ellas dan cuenta de modalidades de cuidado y actividades novedosas e inéditas que posibilitan la construcción colectiva y la multiplicación de dispositivos subjetivantes desde un modelo de salud mental que incluye una perspectiva comunitaria.

La organización de la atención en salud mental en las provincias de Río Negro y Neuquén

Dentro de las Políticas Comunitarias de Salud Mental, pueden pensarse al menos dos posibilidades no excluyentes de articulación entre la Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental: a) la incorporación de acciones de Salud Mental en las prácticas de Atención Primaria de la Salud y b) la aplicación de los principios de la Atención Primaria de la Salud a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica. Mientras que el primer modo ha constituido el eje de la política de salud mental de la Provincia del Neuquén, el segundo ha caracterizado la política de Río Negro.

En consonancia con esto, la organización de la atención de la salud mental y de la salud mental infantil es diferente en cada una de las provincias. Por una parte, en Río Negro, el Programa de Salud Mental ha promovido un modelo de Salud Mental Comunitaria que prescinde de la atención especializada de determinados grupos etarios por lo cual no existen áreas específicas orientadas a la atención infanto-juvenil. Por otro lado, en Neuquén, si bien hay equipos psicosociales en los Centros de Atención Primaria de la Salud y en los Hospitales de menor complejidad que atienden la demanda de salud mental sin diferenciación de grupos etarios, existe también en los hospitales de mayor complejidad de la capital provincial, una especialización de la atención organizada según grupos etarios. En consonancia con esto, la organización de la atención de la salud mental y de la salud mental infantil es diferente en cada una de las provincias. Por una parte, en Río Negro el Programa de Salud Mental ha promovido un modelo de Salud Mental Comunitaria que prescinde de la atención especializada de

determinados grupos etarios por lo cual no existen áreas específicas orientadas a la atención infanto-juvenil. Por otro lado, en Neuquén existe al menos en los hospitales de mayor complejidad de la capital provincial una especialización de la atención organizada según grupos etarios; no obstante, hay equipos psicosociales en los Centros de Atención Primaria de la Salud y en los Hospitales de menor complejidad que atienden la demanda de salud mental sin diferenciación de grupos etarios.

Dentro de este contexto, según la investigación realizada, los dispositivos orientados a niñ@s existentes en ambas provincias muestran una gran diversidad y multiplicidad. Se visualizan así no sólo los tradicionales dispositivos de atención individual o familiar sino también dispositivos grupales y comunitarios (talleres acerca de diferentes temáticas, grupos terapéuticos, participación en redes locales, proyectos comunitarios, etc.) que implican una gran riqueza y un enorme potencial.

El concepto de buenas prácticas como categoría analítica sensibilizadora y orientadora

El concepto de buenas prácticas en salud destaca aquellas acciones cuyos resultados han sido positivos, razones por las que pueden ser consideradas como modelos, guías e inspiración para futuras actuaciones (Buriyovich, 2011). Asimismo, este concepto remite a una acción en la que es posible observar un conjunto de condiciones en los actores y actrices (personales o institucionales), de contexto (político, comunitario) y del estado del conocimiento (saberes técnicos y sociales compartidos) que convergen “virtuosamente” en el espacio local para favorecer y habilitar dichas prácticas.

La procedencia conceptual de este término, según Buriyovich (2011), se relaciona con los procesos de reforma de la gestión pública y su creciente interés por caracterizar, sistematizar y difundir “buenas prácticas” en el sector público. Para esta autora, dicho término permite a los funcionarios que formulan políticas públicas conocer “experiencias probadas” e identificar métodos que resultan adecuados por su orientación a soluciones concretas y efectivas. En ese sentido, esta noción jerarquiza y prestigia a los servicios públicos.

El concepto de buenas prácticas si bien tiene un enorme potencial, ha recibido numerosas críticas (Buriyovich, 2011) dirigidas, sobre todo, a su aparente carácter normativo, universal y absoluto. Esto requiere algunas puntualizaciones.

No se trata de un criterio normativo que juzgue “lo que está bien y lo que está mal” ni que aluda a algún “deber ser” universal, sino que dicho criterio siempre es situado. Tampoco se

trata de un criterio absoluto -ya que una práctica puede ser buena en un contexto y no en otro- ni de una receta aplicable a cualquier situación. Buenas experiencias pueden servir como importantes fuentes de aprendizaje e inspiración, pero también pueden confundir. Hay prácticas que son trasladables de una sociedad a otra y otras que no. Por último, el concepto de buenas prácticas no implica que sean “malas” las experiencias excluidas de esta denominación.

Además de las consideraciones mencionadas en el párrafo anterior, creemos necesario profundizar el carácter situado de este concepto explicitando cuál es el lugar de enunciación de este trabajo.

En ese sentido nos ubicamos en una posición crítica ante la actual tendencia hacia la psicopatologización, la medicalización y la desatención de la niñez buscando caracterizar prácticas que desafíen estos discursos hegemónicos y que generen espacios subjetivantes y de fortalecimiento de los vínculos comunitarios.

Asimismo, caracterizamos a nuestra sociedad como capitalista-colonial-patriarcal (De Sousa Santos, 2017) y adultocéntrica desde la cual buscamos prácticas que tiendan a transformar estas lógicas y busquen construir –como dice Rita Segato (2018)– un proyecto histórico de los vínculos que inste a la reciprocidad y produzca comunidad.

Este es el lugar ético, teórico y político desde el que posicionamos para definir las buenas prácticas en salud mental infantil y desde el que buscamos darle un carácter situado y profundo a este concepto.

Nuestros criterios iniciales

En el marco de la investigación realizada, el término dispositivo alude a una noción instrumental, una palabra hueca cuya operación metafórica permite imaginar formas de intervención en el campo social. Ella se diferencia de los instrumentos metodológicos tradicionales justamente en su indefinición. En su vacío, esta noción es apertura en tanto da lugar a la incertidumbre y se niega a pre-ver. Esta prescripción paradójica de no prescribir es precisamente la utilidad de semejante noción (Salazar Villava, 2003). El dispositivo también encierra poder, plantea una naturaleza estratégica y responde a urgencias y demandas en el medio en el que se sitúa. Un dispositivo hace su aparición en tanto enuncia, visibiliza, nos anoticia.

A nivel operacional, entendemos por dispositivo de salud mental infantil a aquellas modalidades de atención y/o actividades dirigidas a abordar la dimensión subjetiva del proceso

de salud/enfermedad/atención de las infancias y que son desarrollados por los equipos de salud mental/psicosocial.

A partir de la revisión de la bibliografía existente dentro de este campo, definimos inicialmente criterios de buenas prácticas que nos sirvieron para realizar la selección de los catorce dispositivos estudiados².

Uno de dichos criterios iniciales fue el *carácter inédito* de las experiencias ya sea por lo novedoso del tipo de dispositivo, por la población a la que estaba orientado, por el contexto teórico que lo sustentaba. Como sostiene Barcala (2011), se trata de desarrollar prácticas innovadoras y/o transformadoras superando las modalidades tradicionales de atención y trabajo en salud mental.

Así la idea principal fue que los dispositivos seleccionados rompieran de alguna manera con las formas habituales de cuidado en salud mental (tratamiento individual, asistencia, etc.) a la vez que pudieran ser adecuados a las nuevas demandas de atención y necesidades. Como sostiene Galende (1997), en las últimas dos décadas, los servicios de salud/salud mental fueron detectando nuevas problemáticas, y se vieron desbordados por nuevas demandas de atención implícitas y explícitas que surgieron en el seno de una crisis profunda en la configuración de las actuales relaciones sociales y su impacto en la subjetividad. En ese contexto, las clásicas respuestas institucionales fueron tornándose inapropiadas para responder a estos nuevos problemas.

Otro criterio que utilizamos inicialmente fue el *carácter participativo*³ de los dispositivos entendiendo por tal el “ser parte” (la comunidad/grupo con el que trabajamos) del proceso de toma de decisiones. En ese sentido, se observa a menudo que quienes desarrollan distintas actividades asocian la “participación” a la mera presencia o concurrencia de personas (niños, niñas, adult@s responsables) a las distintas actividades propuestas (charlas, talleres, grupos, etc.) sin considerar, la mayoría de las veces, la calidad o intensidad de esta “participación” ni

² Las principales fuentes bibliográficas consultadas fueron las siguientes: a) Primeros Años, Programa Nacional de Desarrollo Infantil (2011); b) Gonzalez Velez (2010); c) ponencias no publicadas del *X Congreso Estatal de Infancia Maltratada. Construcción del Bienestar y Buenas Prácticas en la Atención a la Infancia* (Sevilla, 4 al 6 de noviembre de 2010); d) Grupo de Trabajo HPH* para la Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (2007); e) Barcala (2011); y f) Buriyovich (2011).

³ Este concepto ha sido frecuentemente enunciado en las últimas décadas en el ámbito de los profesionales involucrados en el trabajo comunitario, en las estructuras gubernamentales relacionadas a las políticas sociales, en ciertos organismos internacionales, en las organizaciones comunitarias y sociales en todo su amplio espectro y también en los partidos políticos. Las definiciones son casi tautológicas, ya que todas remiten al sentido etimológico: “ser parte de”. Frecuentemente se señalan contradicciones entre la utilización de este término y las prácticas concretas. Ver Rodigou Nocetti (s/d).

entenderla desde el proceso mismo de planificación de las acciones, de su ejecución y de su evaluación.

Así, parafraseando a María Teresa Sirvent (1985), nos preguntamos: ¿hay participación real? ¿hay modificación de la estructura del poder? O hay supuestas aperturas a la participación, enmascarando un verticalismo autoritario, como estrategia destinada a la eficacia.

Entender la participación como el “ser parte” del proceso de toma de decisiones a la vez que reconocer la existencia de distintos niveles de participación. Dicha participación nunca es “pura” sino, siempre, está radicalmente condicionada por las situaciones concretas de las que parte (instituciones desde las que se trabaja, programas y normativas vigentes, etc.).

Sintetizando destacamos como positivo el carácter participativo de los dispositivos, intentamos estar atentos a las distintas posibilidades y niveles de participación existentes, así como a las imposibilidades internas de dichos procesos. A la vez buscamos estar alertas frente al riesgo de que, la apelación a la participación de la comunidad no legitime el corrimiento del Estado como responsable y garante de los derechos sociales de las comunidades⁴. Asimismo, advertimos sobre la necesidad de que, desde el Estado, no sólo se apele a la participación, sino que se generen los mecanismos y herramientas necesarias para operativizar la misma.

Por último, destacamos que en este “ser parte” es relevante tener en cuenta no solo la participación de l@s adult@s (madres, padres o referentes significativos) sino, sobre todo, la participación activa y el protagonismo infantil (Heredia, 2019). Así, se jerarquizaría la voz de l@s niñ@s, sus miradas, sus decires y sus necesidades en los distintos momentos que implica un dispositivo, es decir, tanto en su planificación, en su desarrollo como en su evaluación y no sólo valorando su “estar” o “asistir” a los espacios pensados para ellos.

⁴ Esto, sobre todo, porque “nos enfrentamos con discursos que intentan re-privatizar ciertos conflictos, ciertas problemáticas que anteriormente habían podido instalarse como problemática social-pública, transfiriendo responsabilidades sociales, estatales, públicas al ámbito de lo privado, doméstico, familiar” (Rodigou Nocetti, s/d). O porque, como sostiene Sonia Alvarez Leguizamón (2003) cuando describe la reforma neoliberal de los noventa, “la participación popular”, antes bandera de los movimientos de base de los 70, que propugnaban la participación comunitaria como forma de lograr un ‘desarrollo inclusivo’, ahora es la estrategia que permite la privatización de lo público. De allí la importancia que se da a las energías asociativas y a la participación de la propia gente en la solución de sus problemas. “Por ello, las actuales políticas se basan, en un discurso que dice fortalecer la “sociedad civil”, que en la superficie podría entenderse como un mejoramiento de la participación de los sectores excluidos. Sin embargo este fortalecimiento no es más que el espejo deformado del retiro del estado en la distribución de bienes y servicios y en el otorgamiento de garantías de bienestar” (Ibíd., p. 191).

Otro criterio que utilizamos inicialmente fue la *pertinencia* de la actividad entendiéndola como la posibilidad de dar respuestas específicas a las demandas y/o problemáticas del contexto en el que estaba inserta dicha práctica y/o en la capacidad de ésta de resolver de alguna manera las necesidades particulares de las poblaciones con las que se trabaja. Otro criterio que utilizamos inicialmente fue la *pertinencia* de la actividad. Entendemos por pertinencia a la posibilidad de dar respuestas específicas a las demandas y/o problemáticas del contexto de inserción de esa práctica, así como también la capacidad de la actividad para resolver las necesidades particulares de las poblaciones con las que se trabaja.

También tomamos como criterio inicial la *promoción de derechos humanos* de las infancias y su *efectividad* haciendo hincapié en *la integralidad y en la interdependencia* de dichos derechos (Barcala, 2011). En ese marco, reconocemos la centralidad que ha tenido la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) aprobada el 20 de noviembre de 1989 así como también la lucha por la afirmación de los derechos de niñ@s y adolescentes que lleva ya varias décadas. Al mismo tiempo, entendemos que el derecho a la salud comprende la existencia de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Barcala, 2011) vinculándose no sólo con el cumplimiento efectivo de los demás derechos sino con el resto de las dimensiones de la vida de l@s niñ@s.

No obstante, enfatizamos la importancia de avanzar desde una unidimensionalidad conceptual de los derechos (Arias Vanegas, 2017) enraizada sobre todo en las ciencias jurídicas hacia una mirada que integre más profundamente otros saberes provenientes de las distintas ciencias sociales. Esto posibilitaría una comprensión más acabada tanto de las implicancias sociales y subjetivas que conlleva el ejercicio de los derechos en las infancias como de la complejidad que involucra la efectivización de cada uno de dichos derechos. En ese sentido, si bien “la ley tiene el poder simbólico de dar forma a la realidad social” (Segato, 2010, p.125) dicha ley nos da un marco más bien general pero no garantiza el proceso de efectivización de dicha ley el cual dependerá de otros saberes y de otras luchas sociales

De igual modo, también reconocemos los límites que tiene la concepción liberal y etnocéntrica de los derechos humanos en tanto saber local occidental universalizado (Hernández Castillo, 2014) o localismo globalizado (De Sousa Santos, 2002). Consideramos indispensable el establecimiento de diálogos entre la perspectiva de los derechos humanos y otros saberes, en términos de lo que, desde las Epistemologías del Sur, se denominan “traducciones interculturales” (De Sousa Santos, 2010). Dichas traducciones buscan ser

respetuosas de la diversidad de formas culturales “otras” presentes en los territorios y, particularmente, de la diversidad de las infancias.

Otro criterio inicial fue *la referencia explícita*, dentro de la planificación y el desarrollo de las actividades, *a la normativa sanitaria regional y nacional* (Ley Provincial de Salud Mental N° 2440 en Río Negro, Plan Provincial de Salud Mental en Neuquén y Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657) así como también a las normativas vinculadas a las infancias (Ley Nacional de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes N° 26.061, Ley Nacional de Derechos de las personas con Discapacidad N° 26.378, Ley Provincial de Protección integral de derechos del niño y adolescentes de la provincia de Neuquén N° 2.302, Ley Provincial de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescente de la provincia de Río Negro N° 4.109, entre otras).

Asimismo, fueron considerados como criterios de buenas prácticas, *la integralidad, la intersectorialidad e interdisciplinariedad*, en tanto principios fundamentales de la estrategia de Atención Primaria de la Salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Conferencia de Alma-Ata realizada en la URSS en 1978 y de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Otros criterios que consideramos inicialmente fueron que los dispositivos fueran: a) *generadores de aprendizajes y produjeran conocimientos*; b) *eficientes*, en términos de que optimizaran los recursos; esto aun sabiendo que, el trabajo en salud mental, requiere profundidad, tiempo, presencia, etc. lo cual muchas veces, se contraponen a la optimización de los recursos; c) *efectivos*, en tanto puedan lograr los objetivos que se proponen; y d) que se plasmaran en algún tipo de *registro de la práctica* (escrito, fotográfico, audiovisual, etc.) lo que no sólo resulta adecuado en sí mismo ya que permite sistematizar, evaluar y socializar el dispositivo sino porque también era una condición indispensable para poder investigar dicho dispositivo.

Por último, otro criterio considerado fue la *continuidad* a través del tiempo de los distintos dispositivos. Continuidad que, no obstante, debe dialogar con las necesidades constantemente cambiantes de las poblaciones a las que están dirigidos.

Revisitando el concepto de buenas prácticas desde las experiencias territoriales: complejizaciones conceptuales y categorías emergentes

Tomando en cuenta las realidades de los dispositivos sistematizados, y en el marco del “amasado” entre teoría y empiria que implica toda investigación (Sirvent, 2006), fuimos tensionando y haciendo dialogar los criterios iniciales con la realidad de las experiencias territoriales analizadas. Ello, en función de re conceptualizar y complejizar dichos criterios dotándolos de una mayor densidad conceptual (Freidin, y Najmias, 2011) así como también para delimitar nuevos criterios a partir de categorías que fueron emergiendo durante el proceso de investigación⁵.

A continuación, presentamos esa re-conceptualización siguiendo cuatro grandes ejes: planificación, objetivos, metodología y equipo coordinador. Dichos ejes, si bien están estrechamente relacionados entre sí, nos permiten diferenciar analíticamente dimensiones relevantes de las prácticas y ordenar mejor su presentación.

En relación a *la planificación de los dispositivos*, consideramos como criterios de buenas prácticas:

- *Que estén organizados a partir de las necesidades de l@s participantes* -en términos de dar respuesta a una carencia o demanda y/o en identificar alguna situación de riesgo- *a la vez que den respuestas a las necesidades de las distintas instituciones del barrio y de la comunidad* lo cual se relaciona con el criterio de pertinencia tomado en cuenta inicialmente. Este criterio se materializó, por ejemplo, en: a) la experiencia de La Casita Itinerante surgida a partir de situaciones de violencia y de falta de diálogo visualizadas desde el Jardín de Infantes n° 17 en algunas las familias del barrio: “lo que veíamos nosotros acá en el Jardín, es que veíamos mucha violencia; feas maneras de dirigirse a los nenes, hacia nosotras, muy pocas palabras entre los nenes; era quitarse todos los objetos que servían para el juego, era sacarlo de las manos pero no mediaban las palabras”⁶; b) el dispositivo de Fútbol Callejero desarrollado “como propuesta de trabajo

⁵ Una primera versión de esta re-elaboración fue presentada en el capítulo final del libro *Cuidar las infancias. Buenas prácticas en salud mental infantil en los sistemas públicos de salud de Río Negro y Neuquén (2014-2016)*. Ver Parra Cuidar las infancias. Buenas prácticas en salud mental infantil en los sistemas públicos de salud de Río Negro y Neuquén (2014-2016) publicado en el año 2018. Allí se dieron a conocer los resultados finales de toda la investigación. No obstante aquí, profundizamos lo que en el mencionado capítulo propusimos y enriquecemos la propuesta allí realizada desde la generación de nuevas reflexiones sobre las experiencias estudiadas y la inclusión de aportes teóricos que inicialmente no consideramos.

⁶ Directora del Jardín N° 17 de Parque Industrial, Neuquén. Comunicación personal, 29 de junio de 2016.

con aquellos grupos en los cuales se presentan dificultades relacionales, de comunicación, con inconvenientes para resolver conflictos mediante la palabra”⁷; y c) en la propuesta de la Murga Trapitos de Colores iniciada ante la falta de actividades recreativas para niñ@s del barrio y la necesidad de contar con ofertas culturales y de espacios de sostén dirigidas a ell@s.

- *Que escuchen la voz de l@s chic@s y respeten sus necesidades e intereses* como en el caso del Consejo de Niños donde surgieron y se desarrollaron muchas propuestas a partir de las inquietudes de los niñ@s porque, por ejemplo, según decían ellos, “ el mundo adulto es muy aburrido [entonces...] nosotros decidimos crear el día del chiste porque pensamos que algunas gentes se sentían aburridas”⁸; de esta forma, este tipo de experiencias, no sólo se vinculan con el carácter participativo propuesto inicialmente sino que logran contraponerse a las actuales tendencias orientadas a la reducción objetivante de un etiquetamiento o diagnóstico y su reeducación (Barcala, 2013b) dando centralidad a l@s niñ@s y adolescentes y a su contexto en lugar de poner el acento en la enfermedad o del déficit y respetando así la singularidad de cada niñ@, sus intereses y posibilidades (Heredia, 2019). Esta escucha y atención puesta en y hacia l@s niñ@s, si bien puede parecer “simple” ha sido enunciada en reiteradas oportunidades como un derecho fundamental, que resulta compleja en la práctica concreta especialmente en una sociedad que, como la nuestra, continúa siendo fundamentalmente adultocéntrica.
- *Que cuenten con una programación previa pero flexible.* Programación que implique una anticipación (de objetivos, destinatarios, metodología, etc.) pero que, al mismo tiempo, esté abierta a lo imprevisto. Así ocurre con el Taller de Educación Sexual y Afectiva donde las actividades previstas van modificándose a partir de la puesta en marcha del taller o donde se van incorporando iniciativas nuevas: “con este juego de la pelota que hacíamos, ¿qué te gusta más y qué te gusta menos de tu cuerpo?, nos dimos cuenta que al hacerlo al principio no les resultaba tan sencillo conectarse y hablar. Entonces lo pusimos a lo último, cuando ya había todo un recorrido (...) hay grupos por ahí que en tres talleres trabajas todos los temas (...) y hay otros grupos que necesitas quedarte un tiempo más”⁹. Asimismo, se considera oportuno que esta programación sea abierta a la

⁷ Proyecto Fútbol Callejero, El Bolsón, Río Negro.

⁸ Voz de una de los niñ@s consejeros del Consejo de Niños de General Roca, Río Negro.

⁹ Conversación con Psicóloga del Hospital Dr. Carlos Burdes de Mariano Moreno, Neuquén, coordinadora del taller.

participación de los distintos actores institucionales involucrados: “no es que viene el hospital otra vez a ‘traer el saber’ (...) Nosotros llevamos el taller como lo tenemos pensado, se los mostramos y ellos, en función de que los conocen a los chicos, nos van diciendo –bueno, no. Esta actividad por ahí no-, nos ayudan a pensar en otra; se comprometen bastante en lo que es la planificación”¹⁰. Esta apertura a la participación de los distintos actores y actrices sociales también está presente en la experiencia de la Murga Trapitos de Colores donde, si bien no hubo un protagonismo activo de l@s niñ@s en la planificación inicial, l@s chic@s participan actualmente no sólo como destinatarios de la actividad sino como protagonistas/sujetos de la misma.

- *Que rescaten los saberes y las experiencias previas y existentes de los diferentes sectores y de las comunidades* que son parte de la planificación como sucede en: a) el Taller de Educación Sexual y Afectiva donde nos decían “ellos como docentes también tienen un saber, y que tienen el saber más importante, que es que conocen a los chicos”¹¹; b) la experiencia de la Huerta para Compartir donde, desde el comienzo, se hizo hincapié en recuperar saberes de las familias de l@s niñ@s, saberes comunitarios y culturales. Esto no sólo permite achicar las brechas entre las comunidades y las instituciones (Bertucelli, Mercado y Lerda, 1993) sino que también posibilita socavar el carácter colonial de las políticas sociales y de salud partiendo del reconocimiento y la historización de las intervenciones previas como también buscando la transformación de las instituciones y de los servicios desde una perspectiva territorial (Barcala, 2011).
- *Que se articulen con y expresen la realidad social en la que viven los niñ@s desde una mirada crítica y transformadora* como sucede con la experiencia de la Murga Trapitos de Colores donde “la murga nace como crítica, crítica a la sociedad, crítica a la política o a las situaciones. Porque la murga es de barrio, nace en cada barrio. La murga es una crítica a la situación que vive cada barrio. También es el sentido de pertenencia que tienen los chicos”¹². Esto se vincula con la posibilidad de colaborar en la historización de la vida de cada niñ@, así como también con la elaboración simbólica de los efectos de los acontecimientos traumáticos sobre las subjetividades infantiles (Heredia, 2019).

¹⁰ Conversación con Psicóloga del Hospital Dr. Carlos Burdes de Mariano Moreno, Neuquén, coordinadora del taller.

¹¹ Conversación con Psicóloga del Hospital Dr. Carlos Burdes de Mariano Moreno, Neuquén, coordinadora del taller.

¹² Entrevista realizada a l@s murguer@s que coordinan la Murga Trapitos de Colores.

- *Que se adecúen a la realidad cultural de l@s niñ@s y sus familias* no sólo por el contenido a abordar y por las metodologías empleadas sino también porque apelan al uso de material regional apropiados a la particularidad de la población con la que se trabaja. Ejemplo de ello es la experiencia de la Actividad en la Sala de Espera: “nosotros trabajamos mucho con comunidades mapuches... bueno, como poder tener en cuenta también eso, la cosmovisión, como bien amplio (...) y nos gustó que los videos sean de Chile, porque viste que uno siempre que busca material busca como, que sé yo, aparecen o cosas yanquis o europeas; y esto hasta vos ves, que sé yo, los bebés y son más nuestros, son latinoamericanos digamos, y hasta la forma de hablar... qué sé yo, como que me parecía que era más próximo a la realidad que nosotros tenemos”¹³. En este sentido, Barcala señala la importancia de incorporar la interculturalidad y la perspectiva de género en nuestros dispositivos a la vez que propone una planificación que, desde una perspectiva territorial, respete la singularidad y evite el riesgo de generalizar las respuestas institucionales¹⁴.
- *Que se fundamenten en una concepción amplia de la salud mental/psicosocial* que la defina como parte de las acciones integrales de salud e incluyendo el acompañamiento a las personas y a las familias en su vida cotidiana y en los eventos comunitarios que fortalecen los lazos sociales. Así sucede con en la Actividad en la Sala de Espera donde se realiza un “acompañamiento en la crianza” desde un actitud de respeto hacia l@s niñ@s y las familias “con todo lo que ello implica en términos de prevención y promoción de la salud mental”¹⁵. Esta mirada amplia se contrapone a aquella que restringe el trabajo en salud mental a la atención y el cuidado de las personas con “sufrimiento mental” o con patologías graves.
- *Que se adecúen a los recursos materiales y humanos disponibles* (espacio, cantidad de profesionales, recursos materiales, etc.) –lo que se vincula con el criterio de eficiencia y con la optimización de recursos– *y que promuevan responsabilidades compartidas* (Barcala, 2011). Así sucede con La Casita Itinerante donde el personal que interviene es el mismo personal de salud y de educación que desarrolla sus tareas en el barrio.

¹³ Conversación con Psicóloga del Hospital Dr. Carlos Burdes de Mariano Moreno, Neuquén, coordinadora del taller.

¹⁴ En Programa de Actualización de Posgrado. “Infancia: desarrollo, salud mental y vulnerabilidad psicosocial”. Módulo II: 2. Niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial: prácticas institucionales y construcción de subjetividad. Apuntes de clase

¹⁵ Conversación con Psicóloga del Hospital Dr. Carlos Burdes de Mariano Moreno, Neuquén, coordinadora del taller.

Además, la actividad se realiza dentro de los horarios de trabajo de dicho personal utilizándose también el espacio físico y los insumos materiales que el jardín ya tiene por sus actividades cotidianas (hojas, lápices de colores, plasticola, etc.).

En relación a *los objetivos que se proponen* los dispositivos, consideramos como criterios de buenas prácticas:

- *Que materialicen el trabajo con la primera infancia* como sucede en el Taller de Apoyo a la Crianza el cual está orientado a acompañar a padres, madres, abuelos, abuelas, tíos, tías que quieran dialogar/reflexionar respecto a temas relacionados con la crianza de niñ@s.
- *Que estén orientados a contribuir a la despatologización de la infancia* generando una ruptura con el estigma del “niñ@ problema”, orientándose a *favorecer procesos de subjetivación en la niñez* y a la construcción de identidades no denigradas, estigmatizadas o subalternas (Heredia, 2019) y al entendimiento de que el o la niñ@ es el emergente de un sistema familiar y social. Así ocurre en el Taller de Niñ@s Divertidos –nombre dado por l@s mism@s niñ@s–, evidenciando la contraposición con el diagnóstico que se les había asignado inicialmente (niñ@s con déficit atencional e hiperactividad y con trastornos en la conducta).
- *Que fortalezcan los lazos solidarios entre pares y con adult@s y promuevan valores alternativos* tales como el cuidado del medio ambiente y la alimentación saludable – como sucede en la Huerta para Compartir– o la solidaridad, la inclusividad, la escucha y el respeto –como en el Consejo de Niños o la experiencia de Fútbol Callejero–.
- *Que tengan un carácter inclusivo* orientado hacia la *universalidad* (Barcala, 2011) de la atención evitando de esta manera la estigmatización y la discriminación de las infancias y favoreciendo actitudes positivas en relación al reconocimiento y la aceptación de las diferencias (culturales, de género, de capacidades, etc.). Así ocurre en la experiencia de Fútbol Callejero donde se implementa “una metodología que nosotros concebimos como netamente inclusiva, que recupera la autoestima, que trabaja los valores, que integra la cuestión de género, la discapacidad¹⁶. Allí, “todos juegan, no hay persona que

¹⁶ Presentación Heraldo Mora en las Jornadas de Salud Mental Comunitaria. El Bolsón, octubre 2016

quiera jugar que se la deje afuera”¹⁷. De esta manera se contribuye a la comprensión y *valorización de la diversidad* de la niñez y se sensibiliza respecto al reconocimiento y la *aceptación de las diferencias* (Heredia, 2019).

- *Que se constituyan en un acto de emancipación para l@s niñ@s, de afirmación de su identidad y de habilitación de interpelaciones hacia el mundo de l@s adult@s* y hacia esta sociedad fundamentalmente adultocéntrica. Esto se refleja en la experiencia del Consejo de Niños donde l@s chic@s dicen, por ejemplo, desde una mirada crítica, que “los del Municipio siempre vienen y se van, y hacen lo que ellos quieren”¹⁸.
- *Que tiendan hacia la autonomía y la autogestión* en tanto busquen ser prácticas que potencialmente puedan ser desarrolladas por l@s mism@s niñ@s y/o sus familias y/o que sean dispositivos que puedan funcionar con un acompañamiento mínimo por parte de los equipos de salud mental. Así ocurre con la Murga Trapito de Colores la cual actualmente, funciona de manera autónoma respecto al centro de salud en el que inició. No obstante, cuenta con el acompañamiento del equipo psicosocial y trabaja en articulación con las redes interinstitucionales del barrio. Sin embargo, consideramos que esta búsqueda de autonomía y autogestión, debe darse evitando que la valoración del trabajo comunitario justifique –tal como lo advertido cuando analizamos el concepto de participación– el corrimiento del Estado o el vaciamiento de los servicios de salud mental/psicosocial.

En relación a *la metodología*:

- *Que combinen la sencillez y la complejidad*: la complejidad está implícita en la noción misma de dispositivo (Salazar Villava, 2003) e implica, entre otras cosas, no sólo el reconocimiento de dicha complejidad como propia de las problemáticas del campo psicosocial de la niñez (Barcala, 2011), sino además el reconocimiento de la multiplicidad de estrategias a desplegar para poner en marcha un dispositivo y la necesidad de desplegar un trabajo en el antes, en el durante y en el después del momento de encuentro y trabajo con l@s niñ@s y/o sus familias. En tensión con dicha complejidad, está la sencillez de los dispositivos puesto que muchos de ellos se generan

¹⁷ Conversación con un ex residente de la Residencia de Salud Mental Comunitaria (Río Negro). Servicio de Salud Mental Hospital. Área El Bolsón, río Negro

¹⁸ Voces de l@s niñ@s consejer@s.

en espacios simples, con elementos sencillos y son desarrollados con relativamente escasos recursos humanos. No obstante, vale aclarar que, en los dispositivos estudiados, si bien los recursos humanos necesarios suelen ser pocos, siempre han estado lo suficientemente preparados a nivel técnico-profesional, sumamente dispuestos y comprometidos en la tarea y con una postura crítica hacia sus propias prácticas. Así, esta combinación de sencillez y complejidad se da, por ejemplo, en el Consejo de Niñ@s donde no se necesitan demasiados elementos materiales para su funcionamiento, pero donde su realización ha sido posible en la medida que ha habido adultos dispuestos a escuchar y poner el cuerpo para que las necesidades de l@s chic@s se hagan sentir.

- *Que estén orientados a trabajar no sólo con los niñ@s y bebés sino también con su ambiente familiar más inmediato y con sus relaciones sociales más significativas* haciendo un abordaje integral. Así ocurre en el Grupo de Padres de Bebés Prematuros donde se entiende que “el nacimiento prematuro de un niño implica una conmoción que en forma imprevista altera el equilibrio existente en todo el grupo familiar”¹⁹ y en todo su ambiente social-afectivo inmediato y donde lo que se busca es contribuir a la reorganización adaptativa de la familia nuclear, familia extensa, vecin@s y amig@s. Se busca así que la madre, el padre y l@s herman@s puedan estar disponibles y conectarse con el bebé y establecer un vínculo de apego que le permita un desarrollo saludable.

Se trata, en ese sentido, de desarrollar dispositivos que puedan brindar cuidados integrales adecuados, que realicen un abordaje clínico y social conjunto y que amplíen el espacio de lo terapéutico desde la recuperación del valor de las redes comunitarias (Barcala, 2013a). Dispositivos que puedan realizar un abordaje interdisciplinario e intersectorial (Barcala, 2001), articular el trabajo clínico con la perspectiva comunitaria (Parra, 2012), y desarrollar una clínica ampliada (Barcala, 2013b) y situada. En ese sentido, Barcala (2013a) plantea la necesidad de construir intervenciones clínicas y comunitarias que promuevan dispositivos que favorezcan la constitución subjetiva.

- *Que se generen y se realicen allí donde l@s niñ@s y/o sus familias desarrollan sus vidas cotidianas, “donde l@s chic@s están”* (en la plaza, en la cancha, etc.). Así ocurre en la experiencia del Fútbol Callejero donde nos sostienen: “nosotros no sacamos chicos de la calle, nosotros trabajamos en la calle con los chicos, en las plazas, en las escuelas, en el lugar donde estén”. De igual modo sucede en el Taller de Educación Sexual y Afectiva,

¹⁹ Experiencia Grupo de Apoyo a Padres de Bebés Prematuros.

actividad itinerante donde son los profesionales los que se trasladan al lugar en el que l@s destinatari@s de la actividad están (escuelas, centros infantiles, etc.). Allí ellos dicen: “bueno, por qué no lo hacemos como itinerante, digamos que también el taller pueda llegar al área rural”²⁰. Asimismo, *que pueda realizarse realicen en aquellos espacios y momentos en los que las familias ya han sido convocadas para otra actividad*. Un ejemplo de ello es la Actividad en la Sala de Espera que se realiza mientras las familias esperan ser atendidas por el pediatra:

(...) la dificultad que veíamos era que cuando nosotros armábamos los dispositivos por afuera o creábamos dispositivos nuevos, no iban, no participaban; entonces nos pusimos como a identificar, a ver qué cosas hacen los padres, o en qué lugares los podemos encontrar y empezar a trabajar ahí con ellos; y ahí se nos vino la idea esta de la sala de espera; en los días de control del niño sano la sala de espera está llena, si o si están ahí porque tienen que esperar a que los llamen²¹.

Todo ello, en contraposición al diseño de dispositivos que implican convocar a l@s niñ@s y/o a las familias en un momento u espacio distinto al habitual o estipulado para otras actividades dificultando por tanto su participación. Proponer este criterio implica asumir la decisión política de ir a la casa del otro (Bertucelli, Mercado y Lerda, 1993), a la vez que se articula y fundamenta con el objetivo de acercar los servicios a los destinatarios (Barcala, 2013a) en función de lograr la disponibilidad y accesibilidad propuesta como principio orientador de la Atención Primaria de la Salud.

- *Que estén orientados a la circulación de la palabra*²² y *que jerarquicen el decir del niñ@* promoviendo la puesta en palabras de las situaciones que los rodean para facilitar la comprensión, simbolización y tramitación de su experiencia vital. Así ocurre en el proyecto “Una Plaza que nos guste” del Consejo de Niños que surgió a partir de que l@s chic@s decían: “todas las plazas son iguales” y que “los espacios para jugar del barrio son feos”²³. Aída Saks (1997) señala siguiendo a Françoise Doltó, “muchas veces el niño

²⁰ Conversación con Psicóloga del Hospital Dr. Carlos Burdes de Mariano Moreno, Neuquén, coordinadora del taller.

²¹ Conversación con Psicóloga del Hospital Dr. Carlos Burdes de Mariano Moreno, Neuquén, coordinadora de la actividad.

²² Conversación con Alejandra Barcala. Asesoría sobre Buenas Prácticas en Salud Mental Infantil al Equipo de Investigación, FACE-UNCo. General Roca, Río Negro, julio 2018.

²³ Entrevista publicada en Periódico digital ANR, julio 2016

necesita de un tercero para hacerse entender. Para nosotros es la intermediación de la palabra”. Y no cualquier palabra sino “la palabra que habla con la verdad”.

- *Que den valor a los distintos modos de expresión del niñ@* que incluyen no sólo ni exclusivamente la palabra sino también los juegos, los dibujos, el modelado, etc. teniendo como eje central “el carácter lúdico de la experiencia”; y que *se desarrollen en espacios físicos amigables, acondicionados para el trabajo con las infancias* con juguetes, juegos de mesa, material didáctico, hojas, lápices, plastilinas, etc. Así ocurre en muchos de los dispositivos abordados, especialmente en el Taller de Niños Divertidos, el Grupo de Niños y La Casita Itinerante en los que se cuenta con este tipo de materiales.
- *Que propongan estrategias de juegos cooperativas* en lugar de dinámicas grupales competitivas “transmitiendo de este modo otra manera de vivir en comunidad”²⁴ contrapuesta a la lógica capitalista actual de nuestra sociedad como sucede en el Taller de Afectividad y Sexualidad.
- *Que involucren la implementación de modalidades de abordaje que ya cuentan con cierta tradición en nuestro país* (como el psicoanálisis grupal de niñ@s) y/o *en nuestra zona* (como la experiencia de Casita Arco Iris). Así ocurre con el Grupo de Niños basado en un enfoque de psicoanálisis grupal de extensa, aunque no siempre reconocida trayectoria, y al que much@s profesionales e instituciones continúan desconociendo. En ese sentido, no es raro encontrar obstinados pedidos y exigencias (desde las escuelas, las familias, los ámbitos judiciales, etc.) para implementar formatos tradicionales de atención (tratamientos individuales, semanales, en consultorio, etc.) desestimando cualquier otro tipo de abordaje (colectivo, fuera del consultorio, etc.)
- *Que impliquen cierta disponibilidad* –contrapuesta a las largas listas de espera de algunos servicios– y *posibiliten un tiempo de tratamiento y/o acompañamiento acorde a las necesidades del niñ@* cuyo padecimiento psíquico suele requerir de períodos más o menos prolongados de seguimiento como ocurre con el Grupo de Niños.
- *Que contemplen la posibilidad de trabajar con niñ@s con patologías graves y/o con distintas problemáticas complejas* –como el Taller de Niños Divertidos– aunque sin

²⁴ Conversación con Psicóloga del Hospital Dr. Carlos Burdes de Mariano Moreno, Neuquén, coordinadora del taller.

pretender, por ello, albergar todo tipo de situaciones. En ese sentido, Barcala (2011) habla de *poder alojar la complejidad* como criterio de buena práctica.

- *Que sean espacios donde los niñ@s y sus familias asistan por voluntad propia y de manera intencional* –como ocurre en los dispositivos estudiados– en contraposición al carácter obligatorio que se asigna muchas veces al tratamiento psicológico desde distintos espacios institucionales (escolares, judiciales, etc.).

En relación al *equipo que coordina* los dispositivos:

- *Que estén a cargo de profesionales que cuenten con formación adecuada, específica e integral* respecto a las problemáticas con las que se trabaja. Esto es una constante sucede con el Grupo de Niños, el Consejo de Niños, etc. lo que se vincula estrechamente no sólo con la formación previa e individual de cada miembro del equipo sino con la posibilidad permanente de capacitación de los profesionales en servicio²⁵ y con la búsqueda de articulación entre teoría y práctica.
- *Que cuenten con ámbitos de formación y supervisión/co-visión externas o internas, con espacios de elaboraciones compartidas* (Barcala, 2013b). Tal es el caso de las experiencias del Consejo de Niños y el Grupo de Niños las cuales dan cuenta del sentido de responsabilidad y del compromiso ético con el que el equipo desarrolla su trabajo profesional. Esta puesta en marcha de espacios de cuidado de l@s profesionales/trabajadores, puede pensarse también como una acción de cuidado indirecta hacia los mismos niñ@s y familias que participan en los dispositivos ya que, al cuidar a los que cuidan, se protege al destinatario último de nuestras prácticas.
- *Que sean prácticas constantemente evaluadas* ya sea durante el proceso de su implementación, al finalizar la misma o en ambos momentos como sucede en el Grupo de Apoyo a Padres de Bebé Prematuros. De esta forma se permite la readecuación permanente de los dispositivos las necesidades y a las circunstancias siempre cambiantes.
- *Que promuevan la co-responsabilidad entre las distintas instancias* (personas, instituciones, etc.) *que participan en el acompañamiento del niñ@* promoviendo

²⁵ Conversación con Alejandra Barcala. Asesoría Buenas Prácticas en Salud Mental Infantil. Cipolletti, septiembre 2018

responsabilidades compartidas (Barcala, 2011) entre actores y actrices estatales, privados y familias. A la vez que busque fomentar la participación de tod@s ell@s en el diseño de las estrategias de intervención como acontece en el caso de la Red Intersectorial de Neuquén;

- *Que implique apertura y disponibilidad por parte de l@s profesionales que desarrollan las distintas experiencias para dar a conocer su trabajo contribuyendo, de ese modo, a la multiplicación de buenas prácticas en salud mental infantil.*

Reflexiones finales: ¿para qué sirve la utopía?

*Ella está en el horizonte. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más para allá. Por mucho que camine, nunca la alcanzaré. ¿Para qué sirve la Utopía?
Para eso sirve: Para caminar.
Eduardo Galeano (Uruguay, 1940)*

Desde el inicio de esta investigación, hemos considerado varios criterios que definen las buenas prácticas en salud mental infantil. Los hemos revisitado desde las experiencias territoriales investigadas, en función de enriquecerlos y complejizarlos y para delinear criterios emergentes.

No vamos a repetir lo ya dicho a lo largo del texto, aunque sí queremos explicitar que todos los dispositivos desde los cuales trabajamos con niñ@s tienen sus potencialidades y sus límites. En ese sentido, ubicamos los criterios de buenas prácticas en salud mental infantil como aquellas potencialidades hacia las cuales es deseable orientar nuestras prácticas sabiendo, de antemano, que dichos criterios son siempre situados (Barcala, 2011) y que toda potencialidad está radicalmente condicionada (Butler, 1997). Por esta razón, los criterios enunciados deben servirnos como guía, pero no como exigencia ineludible.

En ese marco, los criterios de buenas prácticas en salud mental infantil enunciados deben tanto orientar la planificación, el desarrollo y la revisión de nuestros dispositivos como informar la definición de las políticas públicas en este campo. De este modo, ellos nos muestran ese horizonte, esa utopía de la que nos habla Eduardo Galeano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez Leguizamón, S. (2003). La producción social de la pobreza. En *Los discursos de la pobreza y el Desarrollo Humano*. Lumen Humanitas.
- Arias Vanegas, B. E. (2017). La infancia como sujeto de derechos. Un análisis crítico. *Revista Ratio Juris*, 12(24), 127-141.
- Barcala, A. (2013a). Niños, niñas y adolescentes en situación de alta vulnerabilidad psicosocial. En E. Kahansky, G. Dueñas y R. Silver (Comps.), *La Patologización de la infancia II. Problemas e intervenciones en la clínica*. Editorial Noveduc.
- Barcala, A. (2013b). Ampliando los márgenes de la clínica. Trayectoria de un Programa de Salud Mental Comunitaria para niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de derechos en la ciudad de Buenos Aires. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIV, 67-75.
- Barcala, A. (2011). Dispositivos e Intervenciones en Salud Mental Infantil en la Ciudad de Buenos Aires. *Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 53-81.
- Bertucelli, S., Mercado, C y Lerda, M.C. (1993). Centros de Acción Comunitaria. Una nueva y antigua estrategia para genera políticas sociales en la Provincia de Córdoba. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 5, 53-61.
- Burijovich, J. (2011). El concepto de buenas prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo. En M. Rodigou Nocetti y H. Paulín. (2011), *Coloquios de Investigación Cualitativa*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Butler, J. (1997). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Ediciones Cátedra - Universidad de Valencia - Instituto de la Mujer.
- De Sousa Santos, B. (2017). Clase Inaugural (Video). Especialización en Epistemologías del Sur. CLACSO.
- De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ediciones Trilce.
- De Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del Sur*. CLACSO Coediciones.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? *Michel Foucault filósofo*. Editorial Gedisa.
- Dueñas, G. (2014). El papel de la escuela en los procesos de patologización y medicalización de las infancias y adolescencias actuales (ponencia). *Jornadas sobre Patologización y medicalización de las infancias y sus Derechos en Juego*, Paraná.

- Freidin, B. y Najmias, C. (2011). Flexibilidad e interactividad en la construcción del marco teórico de dos investigaciones cualitativas. *Espacio Abierto*, 20(1), 51-70.
- Galende, E. (1997). Situación Actual de la Salud Mental en la Argentina. *Revista Salud, Problemas y Debate*, 17, 22-31.
- Gonzalez Velez, A. C. (2010). ¿Cómo definir y recopilar buenas prácticas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos? Goce efectivo de derechos: un marco de referencia. *Reunión internacional sobre buenas prácticas de políticas públicas para el Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe*. División de Asuntos de Género. OPS. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5949>
- Grupo de Trabajo HPH* para la Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (2007). *Plantilla para la Descripción de Buenas Prácticas de Promoción de la Salud*. PNUD - CEPAL.
- Heredia, M. (2019). *Mapeo de dispositivos comunitarios para el abordaje del sufrimiento mental severo en Niñas, Niños y Adolescentes en cuatro jurisdicciones de Argentina: evaluación de estrategias para la externación y la integración socio-comunitaria de este colectivo poblacional en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental*. Proyecto Salud Investiga, 2019-2020. Comisión Nacional Salud Investiga.
- Hernández Castillo, R. A. (2014). Algunos Aprendizajes en el Difícil Reto de Descolonizar el Feminismo. En M. Millán (Coord.), *Más allá del Feminismo. Caminos por Andar Ciudad de México: Red de Feminismos Descoloniales* (pp. 183-213). <http://www.rosalvaaidahernandez.com/wp-content/uploads/2016/08/mas-alla-del-feminismo-.pdf>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657
- Ley Nacional de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes N° 26.061.
- Ley Nacional de Derechos de las personas con Discapacidad N° 26.378
- Ley de Protección integral de derechos del niño y adolescentes de la provincia de Neuquén N° 2.302.
- Ley de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescente de la provincia de Río Negro, N° 4.109.
- Ley de Salud Mental N° 2440 de la provincia de Río Negro.

- Organización Mundial de la Salud (1978). *Conferencia de Alma-Ata*. URSS.
- Plan Provincial de Salud Mental en Neuquén (1997).
- Parra, M.A. (Coord.) (2018). *Cuidar las infancias. Buenas prácticas en salud mental infantil en los sistemas públicos de salud de Río Negro y Neuquén (2014-2016)*. Editorial Teseo.
<https://www.teseopress.com/cuidandolasinfancias/back-matter/49-2/>
- Parra, M. A. (2012). *Dispositivos de salud mental para la atención de niños pequeños y sus familias: interfaces entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria. Una evaluación de la experiencia Espacio "Arco Iris" del Centro de Atención Primaria de la Salud Almafuerte de la Ciudad de Neuquén. Período 2011-2012*. Beca Salud Investiga.
<http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/123456789/16068>
- Primeros Años, Programa Nacional de Desarrollo Infantil (2011). Buenas Prácticas. Tres experiencias destacadas: Chubut, Chaco y San Luis. CABA.
- Rodigou Nocetti, M. (s/d). *Reflexiones acerca de discursos y prácticas de Participación en la psicología comunitaria y en la psicología política* (Ficha de Cátedra). Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología. Cátedra "Estrategias de Intervención Comunitaria".
- Sacks, A. (s/d). *Prevención de la Violencia Casa Verde*. Fundación "Por la causa de los niños". Unicef, Argentina.
- Sacks, A. (1997). Nueva estrategia en la prevención de la violencia. "Casa Verde de los niños". *Revista Cuestiones de infancia*, 2, 69-77.
- Salazar Villava, C. (2003). Dispositivos: máquinas de visibilidad. *Anuario de Investigación*, 291-299.
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Prometeo.
- Segato, R. (2010). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Prometeo.
- Sirvent, M.T. (1985). Estilos participativos: ¿sueños o realidades? *Revista Argentina de Educación*, III(5).
- Sirvent, M. T. (2006). *El Proceso de Investigación. Manual de Cátedra, Investigación y Estadística Educacional I*. Universidad de Buenos Aires.

confluenciadesaberesface@gmail.com