
Título: Buenas Prácticas en Salud Mental Infantil. Estudio cualitativo multicéntrico: modalidades de atención y actividades desarrolladas en los sistemas públicos de salud mental de las provincias de Río Negro y Neuquén (2016-2017).

Autoras: Marcela A. Parra; M. Gabriela De Gregorio; Lorena M. Gallosi; Silvia A. Morales; Ximena P. Novellino; Gabriela A. Bercovich y Laura A. Cordero.

Pertenencia institucional: Universidad Nacional del Comahue.

Resumen

El presente proyecto se propuso caracterizar en profundidad dispositivos de salud mental/psicosocial orientados a niñas u niños, seleccionados según criterios de Buenas Prácticas en Salud. Desde el marco conceptual que lo sostiene, consideramos que, tanto la vida prenatal como la primera infancia, son tiempos fundacionales en la constitución subjetiva y el desarrollo de los primeros vínculos, por lo cual se tornan períodos prioritarios para pensar intervenciones preventivas y promocionales desde el ámbito de la salud mental. Son fundamentales los conceptos de *Salud Mental*, *Niñez*, *dispositivos*, *buenas prácticas en salud*. En este marco, concebimos a los dispositivos de salud mental como aquellos dirigidos a abordar la dimensión subjetiva del proceso de salud/enfermedad/ atención desarrollados por los equipos de salud mental y salud psicosocial de ambas provincias. Se trata de un estudio cualitativo Multicéntrico, cuyos instrumentos de recolección de datos fueron la revisión documental, entrevistas en profundidad, observaciones de las experiencias.

Introducción

Pueden pensarse al menos dos posibilidades no excluyentes respecto a los modos en que pueden relacionarse la Atención Primaria de la Salud (APS) y la Salud Mental la incorporación de acciones de salud mental en las prácticas de APS y la aplicación de los principios de la APS a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica (Stolkiner y Solitario, 2007). En ese marco, podríamos decir que el primer modo ha constituido la característica principal de la política de salud mental de la Provincia del Neuquén mientras que el segundo modo ha constituido el eje central de dicha política en la Provincia de Río Negro. En el contexto de esta realidad sanitaria, nos propusimos caracterizar en profundidad buenas prácticas (Buriyovich, 2011) en salud mental/psicosocial infantil desarrolladas en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén.

Para ello partimos de la consideración de que, tanto la vida prenatal como la primera infancia, son momentos fundamentales en la vida de los seres humanos, tiempos fundacionales en la constitución subjetiva, la construcción de la intersubjetividad y el desarrollo de los primeros vínculos razón por lo cual se tornan períodos prioritarios para pensar intervenciones preventivas y promocionales –no sólo asistenciales- desde el ámbito de la salud mental (Fushimi y Giani, 2009; Pedraza, Marcus y Sánchez, 2006). Así, el tema de investigación propuesto, al orientarse al estudio de modalidades de atención y actividades que abordan etapas vitales claves en la estructuración psíquica del ser humano, adquiere relevancia por el potencial preventivo y de promoción que, desde la perspectiva de la salud mental, tiene el trabajo con niñ@s.

No obstante, la insuficiencia de políticas públicas específicas en el área de la salud mental infantil antes mencionadas y el escaso conocimiento respecto a los procesos de cuidado de salud mental orientados a la niñez, reconocemos la existencia de modalidades de atención y actividades de salud mental/psicosocial que se constituyen en buenas prácticas en salud mental infantil y son precisamente dichas buenas prácticas las que nos proponemos conocer. Esto desde el entendimiento de que la investigación debe estar ligada a ideas de compromiso, participación y transformación social y de que el conocimiento y sistematización de buenas prácticas en salud mental infantil contribuirá a la multiplicación de las mismas.

Marcos teóricos referidos

Salud Mental

En el marco de esta investigación, entendemos a la salud mental como la capacidad de las personas para amar, aprender, crear, trabajar, enfrentar crisis y conflictos, convivir en sociedad en una integración activa dando sentido a su propia existencia.

Niñez

La niñez tiene un carácter histórico y cultural y es por ello que ha tenido diferentes apreciaciones en la historia tales como la Convención de los Derechos del Niño (1959); la conmemoración del Año Internacional del Niño (1979); la Ley 2302 (Neuquén, 1999); y la Ley N° 4109 (Río Negro, 2006). Se instaura así un modelo de protección

integral de la niñez donde se concibe al niño/a como sujeto de derechos civiles (salud, educación, juego, etc.) y protagonista activo de su desarrollo y de su realidad social y con capacidad de decisión, de escucha y de opinión, modelo que si bien desde su discurso garantiza los derechos de ciudadanía, no logra mitigar (Barcala (2013) el embate de las políticas neoliberales de la sociedad capitalista. Asimismo, desde la perspectiva de la salud mental, se entiende que todo ser humano es, un sujeto entramado en una red vincular y social compleja.

Buenas prácticas en salud

Según Buriyovich (2011), la expresión destaca aquellas acciones cuyos resultados han sido positivos y que, por este motivo, pueden ser consideradas como modelos, guías e inspiración para futuras actuaciones. Asimismo, el concepto remite a una acción en la que es posible observar un conjunto de condiciones en los actores (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.

Metodología

Estudio cualitativo multicéntrico acerca de las modalidades de atención y actividades de salud mental orientadas a niñ@s desarrolladas en los Sistemas Públicos de Salud de las Provincias de Río Negro y Neuquén, período 2016-2017.

Los instrumentos de recolección de datos fueron: la revisión de documentación sanitaria existente; la realización de entrevistas en profundidad a los equipos profesionales responsables de los dispositivos y a los beneficiarios de los mismos; y la realización de observaciones de las distintas experiencias con apoyatura de registro fotográfico y videos. El análisis de datos se basó en el concepto de triangulación metodológica y estuvo inspirado en la teoría fundamentada y en el método de comparación constante. Las variables que se consideraron en la caracterización de cada dispositivo fueron las siguientes:

1. Nombre actividad (C1)¹;

1

-
2. Recurso humano que interviene (cantidad, disciplinas, sectores, etc.): C1;
 3. Día (C1);
 4. Horario (C1);
 5. Espacio de funcionamiento (C1);
 6. Necesidades a partir de las cuales surge (C1);
 7. Objetivo general que se proponen (C1);
 8. Población a la que se dirige (problemáticas que abordan, criterios de inclusión y exclusión, características, etc.): C1;
 9. Modos de acceso al espacio/actividad (espontánea, derivaciones, etc.): C1;
 10. Nivel de abordaje (individual, familiar, grupal, comunitario, otros): C1;
 11. Conceptos teóricos que orientan la actividad (C1);
 12. Legislaciones y normativas sanitarias provinciales y nacionales por las que se rigen (C1);
 13. Descripción de las actividades y estrategias que se desarrollan (C1);
 14. Articulaciones intersectoriales y redes que establecen (C1);
 15. Resultados observados (C1);
 16. Formas de registro escrito existentes (planificaciones, sistematizaciones, presentaciones, otras): C1;
 17. Formas de evaluación de la actividad (C1).

Re-conceptualizando los criterios de buenas prácticas en salud mental infantil

La utopía está en el horizonte.

Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá.

¿Entonces para qué sirve la utopía?

Para eso, sirve para caminar.

Eduardo Galeano

En el marco de la investigación de la que este libro da cuenta, el término dispositivo alude a las modalidades de atención y actividades orientadas a niñas, niños, sus familias y familias gestantes que desarrollan los equipos de salud mental/salud psicosocial (admisiones, tratamientos, grupos terapéuticos, talleres, etc.). Dichos

Todas estas variables son categóricas nominales (C1) y se fueron re-definiendo, ampliando y re-elaborando en el transcurso de la investigación.

dispositivos pueden ser individuales, familiares, grupales o comunitarios. A tal fin, utilizamos de manera indistinta la palabra dispositivos, experiencias, modalidades de atención y/o actividades para referirnos a aquello que estamos analizando. Para Salazar Villava (2003), dispositivo es una “noción instrumental, 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 apertura permanente, en la imposibilidad que afirma, de construir un manual que conduzca paso a paso por el cumplimiento de los requisitos para la correcta acción metodológica, necesaria para intervenir; 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”.

Los dispositivos son como las máquinas, según las analiza Foucault; son máquinas para hacer ver y para hacer hablar, máquina que funciona acoplada a determinados regímenes históricos de enunciación y visibilidades, pero también para silenciar y para invisibilizar (como los dispositivos de encierro, la prisión, el manicomio). Asimismo, el dispositivo, desde el concepto foucaultiano, plantea la hipótesis de lo complejo, lo heterogéneo, lo singular, el desorden creador de órdenes, y el desorden presente en el orden, la multirreferencialidad, la lógica de lo recursivo y lo retroactivo, para la comprensión de la totalidad, de las mutaciones y los procesos sociales. Delleuze (1990) destaca el tenor de novedad y creatividad del dispositivo, el cual marca su capacidad de transformarse o de fisurarse en provecho de un dispositivo del futuro. Resalta la función estratégica concreta del dispositivo, siempre inserto en una relación de poder. No es abstracto, existe situado históricamente, espacial y temporalmente, y su emergencia siempre responde a un acontecimiento que es el que lo hace aparecer. Otra característica es la de constante variabilidad, la no universalidad, implica procesos singulares y múltiples. Cada dispositivo es una multiplicidad en la que operan estos procesos en marcha, diferentes de los que operan en otros dispositivos.

En este marco, la indagación de dispositivos que pueden ser considerados buenas prácticas de salud mental en la atención de niñ@s, adquiere sentido porque implica desafiar los actuales discursos hegemónicos que, según Barcala (2013), naturalizan la psicopatologización/medicalización/desatención de la niñez y cierran las posibilidades de llevar adelante acciones creativas y prácticas comunitarias que inviten

a la inclusión y a la socialización y que garanticen el derecho a la salud. Dueñas (2014) afirma que asistimos a una creciente tendencia a la patologización y medicalización de nuestr@s niñ@s, que operan “toda vez que frente a una conducta desajustada, desadaptada, disfuncional u alterada que los niños manifiesten en la escuela u otros ámbitos, se procede rápidamente a “etiquetarlos” con diagnósticos que se limitan a medir de manera cuantitativa ciertas funciones cognitivas que resultan “supuestamente deficitarias”, omitiendo toda referencia a su historia y / o condiciones de vida. . De esta manera, conductas propias del desarrollo infantil, y condicionadas por los contextos en que transcurre, se reducen a un simple “acto clasificatorio”, en el que parece no haber espacios como para “escuchar” al niño. Aquí no se procura, por lo tanto, atender y entender lo que el niñ@ manifiesta con esta conducta, sino de eliminar lo desajustado y desviado de la misma, concebida como un trastorno, acallando el padecer subjetivo de cada niñ@, incluso recurriendo a fármacos para ello. Aparecen así, cual una epidemia de nuestros tiempos, cientos de niñ@s diagnosticados con síndromes tales como ADD/H, TGD, Dislexia, TEA, TOD, etc. En contraposición a esta tendencia, buscamos indagar prácticas que posibiliten la construcción colectiva y la multiplicación de dispositivos comunitarios y subjetivantes desde un modelo de salud mental comunitaria y desde el entendimiento de que la investigación debe estar ligada a ideas de compromiso, participación y transformación social.

Según Buriyovich (2011), la expresión 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. En este marco, concebimos a los dispositivos de salud mental como aquellos dirigidos a abordar la dimensión subjetiva del proceso de salud/enfermedad/atención desarrollados por los equipos de salud mental. Asimismo, el concepto de buenas prácticas remite a una acción en la que es posible observar un conjunto de condiciones en los actores (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 (2016), 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, la atención puesta en dicho término puede explicarse porque permite a los funcionarios que formulan políticas públicas

conocer “experiencias probadas” o la identificación de métodos que resultan ser adecuados, dada su orientación a soluciones concretas y efectivas. En ese sentido, esta noción jerarquiza y prestigia a los servicios públicos. Este concepto ha recibido distintas críticas (Grupo de Trabajo HPH, 2007; Astellarra Bonomi, 2003; Buriyovich, 2016) no obstante lo cual, como equipo de investigación, decidimos utilizarlo por las potencialidades que también dicho concepto tiene. En ese sentido, valen realizar las siguientes aclaraciones:

- 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 y absoluto;
- No se trata de un criterio absoluto: una práctica puede ser buena en un contexto y no en otro;
- No es tampoco una receta universal que debe repetirse sin más: “buenas prácticas”, buenas experiencias ajenas, pueden servir como importantes fuentes de aprendizaje. Sin embargo, también pueden confundir. Depende de las propiedades del caso y su contexto. Hay experiencias que son trasladables de una sociedad a otra y otras que no, de un momento histórico determinado a otro y otras que no. El riesgo que se corre es que, ahora a través de recomendaciones basadas en “buenas prácticas”, se reproduzcan los errores y costos de la receta universal.
- No implica que las prácticas que no se incluyan bajo esta denominación –o que no hayan sido seleccionadas para ser caracterizadas en este estudio- sean “malas”;
- Se necesita más teoría que explique por qué y qué variables tornan una experiencia aplicable o no fuera de su matriz originaria; esto debido a que el análisis de buenas y de malas prácticas, así como de prácticas similares (buenas o malas) a veces han producido resultados disímiles.

Específicamente, en el marco del presente proyecto, y basándonos en distintas fuentes bibliográficas y en las reflexiones producidas por el equipo que lleva adelante esta investigación, iniciamos la segunda etapa del trabajo de campo definiendo dichas Buenas Prácticas a partir de los siguientes criterios los cuales se fueron re-significando a lo largo de la investigación a partir de la caracterización de los dispositivos seleccionados:

-
- Inédito, novedoso, previamente inexistente: dicho carácter inédito o novedoso puede serlo en distintos sentidos: por el tipo de dispositivo, por la población con la que trabaja, por el contexto teórico que utiliza, etc.; “se trata de desarrollar prácticas innovadoras y/o transformadoras” superando las modalidades tradicionales (Barcala, 2011); así, la idea principal es que las experiencias seleccionadas rompan de alguna manera con las formas más tradicionales de atención en salud mental (tratamiento individual, asistencia, etc.) y con las actividades más convencionales en alguno de sus aspectos y puedan ir adecuándose 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 [...] las clásicas respuestas institucionales fueron tornándose inapropiadas para responder a estos nuevos problemas”;
 - Carácter Colectivo: entendemos que las formas más tradicionales de trabajo dentro del campo de la salud mental tienen que ver con el trabajo individual por lo que, sin desmerecer la potencialidad de este tipo de abordaje, apuntamos a relevar formas de atención y actividades que tengan en alguna medida un carácter colectivo; asimismo, dicho carácter colectivo, se encuentra en mayor sintonía con los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657; por último, esta característica posibilita una mayor accesibilidad del equipo de investigación a los dispositivos desarrollados en contraposición a los dispositivos que son individuales;
 - Participativo: entendemos la participación como el ser parte (la comunidad/grupo con el que trabajamos) del proceso de toma de decisiones; este “ser parte” tiene distintos grados de habilitación y está condicionado siempre por las situaciones de partida (instituciones, programas, normas, etc.) de cada proyecto; en ese sentido, si bien consideramos el carácter participativo como un criterio de buena práctica, es necesario tomar dicho criterio rompiendo el mito de la posibilidad total y “pura” de participación, estando atentos a las imposibilidades internas que a veces dificultan los procesos de participación, y siendo críticos con el riesgo de que, el apelar a la participación de la comunidad,

legitime el corrimiento del Estado como garante de ciertos derechos de las poblaciones; de igual modo, en este ser parte, es relevante poder jerarquizar la voz de los niños, sus decires y sus necesidades tanto en la en la planificación, el desarrollo y la evaluación de los dispositivos; Se observa a menudo que quienes coordinan dispositivos asocian la “participación” a la mera presencia o concurrencia de personas (niñ@s, adult@s responsables) a la convocatoria realizada, sin dar cuenta necesariamente de la calidad o intensidad de su “ser parte”;

- Pertinencia/relevancia: en términos de dar respuestas específicas a las demandas y/o problemáticas del contexto en el que está inserto el dispositivo, dar respuesta a las necesidades de las poblaciones con las que trabajan dentro de las condiciones existentes;
- Efectividad: en términos de lograr los objetivos que se proponen;
- Permite la promoción de Derechos Humanos de la Infancia: para su aplicación efectiva; esto, no obstante, teniendo presente siempre los límites de la concepción liberal y etnocentrista de los derechos humanos con la que nos manejamos y teniendo también siempre en cuenta que, por ejemplo, cuando hablamos del derecho del niñ@ a ser escuchado eso nos marca un horizonte pero no nos da una teoría acerca de qué implica en términos subjetivos individuales y sociales escuchar a un niñ@ ni nos dice nada acerca de cuáles son las condiciones para posibilitar dicho proceso;
- Integralidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad: fundamento de las propuestas de Atención Primaria de la Salud y de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657;
- Posibilita la creación de nuevos espacios institucionales y simbólicos: promoviendo cambios en la concepción y prácticas de crianza en las familias y de abordaje e intervención con niñ@s en las instituciones;
- Tiene un efecto multiplicador: ya que pueden ser imitados y adaptados en otros espacios; este efecto multiplicador se resignifica en términos de la apertura de los equipos a dejarnos conocer sus prácticas; desde su esfuerzo por presentar las experiencias de trabajo en distintos ámbitos; y desde el mismo hecho que en algunos casos los coordinadores de los dispositivos a veces también promueven y facilitan esta multiplicación de las experiencias que están desarrollando;

-
- Genera una situación de aprendizaje y producción de conocimiento: fue ideada y llevada a cabo con la participación democrática de distintos actores propiciando un mayor compromiso de los mismos y la integración de nuevos aliados;
 - Eficiencia: entendida como optimización de los recursos; no obstante, en este punto se considera que el trabajo en salud mental requiere profundidad, tiempo, presencia, etc. y que esas características muchas veces van en contra del objetivo de minimizar el uso de recursos;
 - Que haya tenido cierta continuidad y sostenimiento a través del tiempo que hagan de estos dispositivos espacios disponibles: este criterio, no obstante, debe ponerse en tensión con la adecuación que también tienen que tener los dispositivos a las necesidades siempre cambiantes de las poblaciones a las que están dirigidos; si bien la continuidad y el sostenimiento a través del tiempo puede considerarse un valor ya que implican crear un espacio de referencia y un espacio simbólico de sostén, dicho valor está sujeto a la adecuación de los dispositivos a las necesidades presentes y cambiantes; en este punto, Barcala (2011) habla de sostenibilidad e incidencia;
 - Que se enmarque en la normativa sanitaria regional y nacional instaurando un espacio de legalidad para la vida social: Ley Provincial de Salud Mental 2440 en Río Negro, Plan Provincial de Salud Mental en Neuquén y Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 como así también a normativas de protección de niños y niñas: Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, Ley 26.378 de Derechos de las personas con Discapacidad, Ley 2.302 de Protección integral de derechos del niño y adolescentes de la provincia de Neuquén, Ley 4.109 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescente de la provincia de Rio Negro, entre otras.
 - Que haya algún tipo de registro: escrito, fotográfico, etc. como criterio de buena práctica y también como requisito para poder realizar un proceso de sistematización y caracterización en profundidad una experiencia lo que posibilitará la socialización de la misma.

Otro criterio que se utilizó para la selección de las experiencias fue el siguiente:

- Diversidad: entre los distintos dispositivos que se seleccionen (por el diseño de los mismos, la metodología que utilizan, los actores que participan, el equipo

que lo desarrolla, los espacios, territorios y localidades en las que se materializa, las modalidades de abordaje que implementan, etc.).

Los criterios anteriormente enunciados nos sirvieron inicialmente para seleccionar los dispositivos a caracterizar a la vez fueron re-elaborados/modificados/ampliados/enriquecidos a medida que avanzaba el proceso de investigación. Así, el objetivo fue que, en el marco del “amasado” entre teoría y empiria que implica toda investigación (Sirvent, 2006), pudiéramos tensionar los criterios antes mencionados con los dispositivos relevados en la primera etapa del trabajo de campo para que, desde una mirada global y fluida, surgiera la selección de las experiencias que se eligieron para su caracterización y, a partir del conocimiento en profundidad de dichos dispositivos, se pudiera re-conceptualizar la idea de buenas prácticas.

Las experiencias seleccionadas fueron:

Provincia de Río Negro:

- ✓ Admisiones (Servicio de Salud Mental, Hospital Cipolletti)
- ✓ Interconsultas (Servicio de Salud Mental, Hospital Cipolletti)
- ✓ Taller de Niños Divertidos (ADANIL, General Roca)
- ✓ Consejo de Niñ@s (Servicio de Salud Mental del Hospital General Roca y Consejo Local de Niñez)
- ✓ La Huerta para Compartir (Servicio de Salud Mental, Hospital Villa Regina)
- ✓ Fútbol Callejero (Servicio Salud Mental, Hospital El Bolsón).

Provincia del Neuquén:

- ✓ Grupo de Padres de Bebés Prematuros Internados (Servicio de Neonatología, Servicio Psicosocial y Servicio Social, Hospital Castro Rendón)
- ✓ Grupo de Niñ@s (Servicio de Salud Mental, Hospital Horacio Heller)
- ✓ Taller de Crianza (Servicio de Salud Mental, Hospital Bouquet Roldán)
- ✓ Murguita Trapitos de Colores (Área Psicosocial Centro de Atención Primaria de la Salud Confluencia)
- ✓ La Casita Itinerante (Área Psicosocial Centro de Atención Primaria de la Salud Parque Industrial)
- ✓ Actividad Sala de Espera (Área Psicosocial Hospital Mariano Moreno)

-
- ✓ Taller de Educación Sexual y Afectiva (Área Psicosocial Hospital Mariano Moreno)
 - ✓ Red Intersectorial Neuquén (Centro de Atención Primaria de la Salud Don Bosco)

Reconceptualizando los criterios de buenas prácticas en salud mental infantil: las categorías emergentes

A partir de la caracterización en profundidad de los 14 (catorce) dispositivos seleccionados, el equipo fue trabajando algunas categorías emergentes que nos condujeron a ampliar y a re-conceptualizar los criterios de buenas prácticas en salud mental infantil. Dichos criterios son:

- ✓ Que rescate los saberes y las prácticas existentes: este es el sentido principal del presente trabajo y podemos pensarlo como un criterio de buenas prácticas en sí mismo;
- ✓ Que exista una planificación previa del dispositivo en la que se plasme cierta proyección de la acción pero que sea una planificación abierta a la participación de los distintos actores y flexible: articulación entre planificación –en tanto previsión- y acontecimiento –en tanto apertura a lo imprevisto-;
- ✓ Que esté organizada a partir de las necesidades de los participantes en términos de dar respuesta a una necesidad o demanda –como la alta demanda de atención psicológica a niñ@s que está presente en varios de los dispositivos que se analizan- y/o en la identificación de alguna situación de riesgo dando respuesta también a las necesidades de las distintas instituciones del barrio –como la propuesta de La Casita Itinerante, el Fútbol Callejero- y de la comunidad; esto hace, como enunciamos inicialmente, a la pertinencia de los dispositivos que se proponen;
- ✓ Que realice un aporte a la despatologización de la infancia: con una concepción del niñ@ como emergente de un sistema familiar, no ya como el centro y origen del problema, rompiendo de esta forma con el estigma de “niñ@ problema”; esto implica también la no medicalización de las situaciones sociales y de la vida cotidiana y supone otorgar centralidad al niñ@ y a su contexto y no fijar la atención en su patología o déficit;

-
- ✓ Que se genere y desarrolle allí donde los niñ@s y/o sus familias trascurren sus vidas cotidianas, “donde los chicos están” –como en el caso del Fútbol Callejero, el Consejo de Niños, etc.- y/o en aquellos espacios y momentos en los que ya están convocadas las familias –como en el caso de la Actividad de la Sala de Espera- en lugar de convocarlas en otro sitio y horario en el que suele resultar generalmente más dificultoso participar; siendo una actividad itinerante: que no convoca al lugar de la institución salud sino que va hacia los lugares donde los destinatarios de la actividad están –como en el caso del Taller de Afectividad y Sexualidad o la Casita Itinerante- desde “la decisión política de ir a la casa del otro” (Bertucelli, Mercado y Lerda, 1992); estos ejes se relacionan fuertemente con la idea de poder “acercar los servicios a los destinatarios” (Barcala, 2013: 4) y con la accesibilidad como principio de la APS;
 - ✓ Que cuente con espacios de formación y de supervisión/co-visión externas al dispositivo (con referentes locales o nacionales) y/o contando con lo que Barcala (2013) denomina “dispositivos de elaboraciones compartidas”: lo que implica un sentido de responsabilidad y un compromiso ético; al mismo tiempo, la puesta en marcha de espacios de cuidado de los profesionales/trabajadores que desarrollan las experiencias, se constituye en sí misma en una acción de cuidado de los niñ@s y familias que participan en los dispositivos; esto se contrapone a lo relevado en la primera etapa del trabajo de campo donde lo que encontramos fue, sobre todo, el cansancio y el desgaste de los equipos y el entendimiento de que muchas veces, implícitamente desde el ámbito institucional de salud, los espacios de formación y supervisión se entienden más como pérdida de tiempo en relación a la atención directa de las personas que como espacios necesarios que forman parte de la tarea;
 - ✓ Que cuenten los profesionales a cargo de la actividad, y en estrecha vinculación con lo anterior, con una formación en las temáticas específicas que trabajan; y pensando también, en términos de Barcala (2017), en la posibilidad permanente de capacitación de los profesionales en servicio;
 - ✓ Que respete las necesidades e intereses de l@s chic@s -promoviendo que puedan articularse en demandas y la construcción de respuestas concretas-; y escuche sus voces -como en el Consejo de Niños-; algo “simple”, que está enunciado como derecho, pero que sigue costando desde nuestro mundo adultocéntrico; de este modo, podemos mencionar la contraposición que plantea

Barcala (2013:6) “escuchar a un niñ@ versus una práctica destinada a la reducción objetivante de un etiquetamiento o diagnóstico y su reeducación”; al mismo tiempo, resultan relevantes aquí las palabras de Alicia Stolkiner (1995) dice “¿qué significa escuchar a un niño en el proceso de cuidado de su salud? Es básicamente hospedarlo en su singularidad, saber que la voz de los padres no es necesariamente la suya pese a que hace trama con ella, reconocer su modo de producción de sentido y de corporeidad. Hospedarlo entonces, sometiéndonos al hecho de que su desamparo interpela el nuestro”;

- ✓ Que promueva lazos solidarios: entre los niñ@s, y entre ell@s y los adult@s que los escuchan y respetan;
- ✓ Que sea una práctica humanizante y subjetivante: que se sitúe claramente en función de garantizar derechos de las infancias en la persona de los niñ@s que participen; esto se vincula también con la idea de prácticas que estén orientadas al sostenimiento del lazo social y circulación de la palabra en tanto criterio de buenas prácticas (Barcala, 2017) y con la noción de que las prácticas deben estar constituidas en tanto herramientas subjetivas protectoras (Fushimi y Giani, 2009) y orientadas a generar intervenciones estructurantes en la infancia (Janín, s/d);
- ✓ Que esté encuadrada en las normativas sanitarias y legales e incluya la perspectiva de los derechos humanos como parte del contexto conceptual de la experiencia; para Barcala (2011), la efectivización y el garantizar el derecho implica la existencia de los siguientes elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; disponibilidad de dispositivos de salud mental ambulatorios: en contraposición al desborde que muchas veces tienen los servicios en relación a la demanda que reciben; accesibilidad a la atención en salud mental (económica, simbólica, etc.); aceptabilidad y calidad de los servicios; la mencionada autora también señala la necesidad de considerar la integralidad e interdependencia de los derechos: tiene que ver con la articulación de los dispositivos con el resto de las dimensiones de la vida de los niñ@s y con la articulación de la defensa del derecho a la salud con los demás derechos; esto implica el trabajo intersectorial, en redes y el abordaje integral como criterios de buenas prácticas;

-
- ✓ Que se constituya en un acto de emancipación para los niñ@s: de afirmación e identidad para quienes en los dispositivos participan, quienes están habilitad@s y acompañad@s a interpelar el mundo de los adult@s;
 - ✓ Que combine la sencillez y la complejidad: dispositivos que pueden generarse en espacios sencillos, con la coordinación de una dupla de adultos preparad@s y dispuestos a prestar su escucha, su cuerpo y su corazón para que las necesidades de l@s chic@s tomen forma de demanda y se hagan realidad; y también dispuestos a asumir una postura crítica y sostenida en esa lucha; dicha complejidad mencionada está implícita en la noción misma de dispositivo e implica, entre otras cosas, un trabajo antes, durante y después del momento de encuentro y trabajo con los participantes de la actividad desde una multiplicidad de intervenciones (contención, información, acompañamiento concreto en trámites, visitas domiciliaria de preparación para el alta, etc.), implica también la organización específica de los espacios; la puesta a disposición de ciertos materiales; la articulación con otros; etc.; en este sentido, Barcala (2011) habla de alojar la complejidad como criterio de buena práctica;
 - ✓ Que realice un abordaje integral donde no sólo el bebé/niñ@ no puede ser pensado sin su entorno familiar inmediato sino donde el bebé/niñ@ y su familia son pensados en términos bio-psico-sociales; se trata del desarrollo de “cuidados integrales adecuados” que incluya un abordaje conjunto clínico y social y donde se amplíe lo terapéutico institucional único para recuperar el valor de las redes comunitarias (Barcala, 2013: 3-4); se busca así un abordaje interdisciplinario e intersectorial -como en el Taller de Niños Divertidos, la Casita Itinerante, etc.-; en algunos casos se trata también de una articulación entre el abordaje clínico y una perspectiva comunitaria (Parra, 2012) o del desarrollo de una clínica ampliada (Barcala, 2013b; Laís Rosiak, L; Berbigier Silveira, L; Schneider, C., s/d); en ese sentido, Barcala señala "el déficit de las intervenciones actuales del subsector público en el cumplimiento de los criterios de buenas prácticas" y de la necesidad de "construir creativamente condiciones de intervenciones clínicas y comunitarias que promuevan dispositivos que apuesten a favorecer la constitución subjetiva y la inclusión rompiendo con los circuitos de repetición de la exclusión";
 - ✓ Que materialice el trabajo con la primera infancia en cuestiones de acompañamiento en la crianza con todo lo que ello implica en términos de

prevención y promoción de la salud mental –como en la experiencia de la Actividad de la Sala de Espera, el Taller de Crianza, etc.) y el abordaje no sólo momentos cruciales en la estructuración psíquica del ser humano sino en situaciones críticas que pueden afectar dicha estructuración –como en el grupo de padres de bebés prematuros-;

- ✓ Que haya apertura y disponibilidad por parte de los profesionales desarrollan los dispositivos para dar a conocer su trabajo –como es el caso de todos los dispositivos incluidos en esta investigación cuyos coordinadores y participantes nos permitieron conocer lo que hacían- lo que contribuye potencialmente a la multiplicación de buenas prácticas;
- ✓ Que se trabaje no sólo con el niñ@ sino con el ámbito familiar más inmediato y las relaciones sociales significativas; a esto podemos agregar lo que propone Barcala (2011) cuando habla de recoger intervenciones previas -historización y territorialización del niño- y estrategias que apunten a la transformación de las instituciones y de los servicios hacia una perspectiva territorial como criterio de buena práctica;
- ✓ Que sean espacios donde se asiste de manera voluntaria: en contraposición los “tratamientos obligatorios” a los que muchas veces se exige a las familias asistir, por ejemplo, desde ámbitos escolares, judiciales, etc.;
- ✓ Que den valor a los distintos modos de expresión del niñ@ los cuales no pasan única y exclusivamente por la palabra sino también por los juegos, los dibujos, las expresiones artísticas;
- ✓ Que hable al niñ@ con la palabra que dice “la verdad”: promoviendo la puesta en palabras de las situaciones que rodean al niño (de lo que le pasa, de los acuerdos con los padres y las maestras, de lo que él piensa, etc.) de modo de facilitar su comprensión, simbolización y tramitación; como dice Aída Saks (1997), “los niños y los padres vienen, plantean preguntas, se trata de responder y decodificar el mensaje. Muchas veces el niño necesita de un tercero para hacerse entender. Para nosotros es la intermediación de la palabra”; y no cualquier palabra sino la que habla con la verdad;
- ✓ Que promueva la co-responsabilidad entre las distintas instancias (personas, instituciones, etc.) que participan en la crianza y el abordaje del niñ@; aquí, siguiendo a Barcala (2011) podemos hablar también de responsabilidades

-
- compartidas con actores estatales, privados y familias y de la participación de todos ellos en el diseño de las estrategias de intervención;
- ✓ Que esté sustentado en un marco teórico reconocido y de gran tradición dentro del campo de la salud mental: lo que no quita el valor de la articulación con aportes teóricos inéditos.
 - ✓ Que contemple la posibilidad de trabajar con niñ@s con patologías graves y/o con distintas problemáticas: en este punto, no obstante, es necesario aclarar que no podemos pretender que todos los dispositivos puedan albergar todo tipo de situaciones;
 - ✓ Que posibilite que el tiempo del tratamiento/actividad sea acorde a las necesidades del niñ@ cuyo padecimiento psíquico requiere de un lapso más o menos prolongado según la situación;
 - ✓ Que sea un espacio físico amigable, acondicionado para el trabajo con los más pequeñ@s: dotado con juguetes, juegos de mesa, material didáctico, hojas, lápices, plastilinas, etc. -como ocurre en la mayoría de los dispositivos analizados-;
 - ✓ Que exprese de alguna manera la realidad del barrio en la que viven los niñ@s y constituyendo una fuerte crítica social a dicha realidad –como en el caso de la Murga Trapitos de Colores, el Consejo de los Niños, etc.-;
 - ✓ Que tienda hacia la autonomía y la autogestión, es decir, que en algún momento pueda ser desarrollada por los mismos niñ@s y adolescentes sin ayuda externa tal como es propuesto desde la Murga Trapitos de Colores;
 - ✓ Que se sostenga en el compromiso de quienes coordinan la actividad aunque sin caer por ello en el voluntarismo ya que, consideramos, los dispositivos deben poder ser sostenidos desde políticas públicas y lineamientos institucionales precisos;
 - ✓ Que trabaje desde el respeto hacia los chic@s y estableciendo una relación de confianza con ellos;
 - ✓ Que permita una inserción y articulación distinta en y con la comunidad, diferente a las formas tradicionales de intervención y que posibilite, por tanto, – como en el caso de la Murga Trapitos de Colores- establecer vínculos con los niñ@s y con las familias a los cuales no se puede llegar a través de otro tipo de acciones;

-
- ✓ Que articule actividades realizadas desde el Estado con las acciones de distintas organizaciones y agentes comunitarios lo cual tiene que ver también con el trabajo intersectorial;
 - ✓ Que sienta las bases para una política social y de salud alternativas que debería ser prioritaria como en el caso de la salud mental infantil y que, aunque muchas veces es reconocida discursivamente, en la práctica no se encuentra del todo legitimada;
 - ✓ Que sea un dispositivo de salud mental/psicosocial pero que no requiera necesariamente la coordinación directa del equipo sino que pueda funcionar también contando con un acompañamiento más indirecto por parte de éste; este criterio no sólo sigue el principio de autonomía y autogestión antes mencionado sino que amplía las posibilidades de trabajo del equipo; no obstante, es necesario ser cuidadosos en este punto en función de que el apoyo a la autogestión y el trabajo comunitario que se propongan no justifique –tal como lo hemos advertido antes- el corrimiento del Estado ni el vaciamiento de los servicios de salud mental/psicosocial;
 - ✓ Que trabaje desde una concepción amplia de la salud mental/psicosocial que entiende como parte del trabajo de los agentes de salud el acompañamiento en la vida cotidiana y en los eventos comunitarios en los que las personas –y no necesariamente las personas “enfermas”- participan; esto contribuye también a la despatologización en el sentido que no se insiste en la necesidad de un diagnóstico/etiqueta para formar parte de los dispositivos de salud mental
 - ✓ Que articule el carácter asistencial del trabajo con la tarea preventiva-promocional –como en el caso de La Casita Itinerante, etc.-;
 - ✓ Que articule distintos tipos de saberes profesionales - del sector salud con otros sectores- y de la comunidad como en la experiencia de La Casita Itinerante donde se “brinda un espacio de reflexión sobre la crianza de l@s hij@s donde se comparten experiencias, anécdotas, preocupaciones, dudas y risas [...] permite tanto reflexionar sobre la crianza en la infancia como también sostiene un espacio ameno, íntimo y cómodo para poder compartir con otr@s diferentes experiencias y saberes” ;
 - ✓ Que se adecúe a la realidad cultural de los niñ@s no sólo por el contenido a abordar y las metodologías empleadas –como en la experiencia del Taller de Educación Sexual y Afectiva- sino porque apelen al uso de material regional

apropiados al contexto cultural de la zona los cuales, en algunos casos, además son adaptados a la especificidad de las familias desde el trabajo del equipo que coordina la actividad –como en la Actividad de la Sala de Espera-; en este sentido, Barcala (2017) señala de la importancia de incorporar la interculturalidad y la perspectiva de género en nuestros dispositivos tomándolos como criterios de buenas prácticas a la vez que propone una planificación que desde una perspectiva territorial respete la singularidad y evite el riesgo de generalizar respuestas institucionales;

- ✓ Que re-defina las demandas que llegan desde los distintos actores sociales: transformando las mismas a partir de una planificación y ejecución conjunta de los dispositivos;
- ✓ Que ponga el eje en la humanización de la atención y en una mirada integral de la salud mental entendiendo que ésta es parte de la salud en general;
- ✓ Que re-defina las dinámicas grupales competitivas en juegos cooperativas;
- ✓ Que sean ideados y desarrollados con la participación democrática de distintos actores propiciando así un mayor compromiso de los mismos y la integración de nuevos aliados.
- ✓ Que realicen intervenciones en la escuela y en diferentes grupos de pertenencia de los niñ@s -como el Grupo de Niños del Hospital Heller, la Casita Itinerante, etc.- lo que se articula con el carácter intersectorial, interdisciplinario e integral;
- ✓ Que se adecúe a los recursos disponibles (como como espacio, pocos profesionales, etc.) lo que está relacionado con el criterio de optimización de recursos;
- ✓ Que implique la implementación de modalidades de abordaje que ya cuenta con cierta tradición en nuestro país y en nuestra zona –como sucede con el Grupo Psicoterapéutico de Niños del Hospital Heller- pero que muchas veces continúa sin un reconocimiento fuerte dentro del sistema de salud mental y de las otras instituciones y profesionales que demandan atención a dicho sistema y en los cuales muchas veces lo que sigue primando -a nivel de las solicitudes de atención que se reciben desde las escuelas, los profesionales de otras disciplinas, etc. es la atención individual, en consultorio y con una frecuencia al menos semanal;
- ✓ Que involucre la participación de los distintos actores, criterio inicial ya mencionado pero donde aquí quizás se puedan señalar los diferentes niveles de

participación existentes; hay algunos dispositivos que implican la planificación conjunta de diversos actores –aunque ninguno de los “destinatarios” directamente o en el sentido que podríamos decir plantea la Psicología Comunitaria- pero hay otros donde la participación de los “destinatarios” es más puntual –en la evaluación de la actividad, en la propuesta de temas a tratar, etc.-; aquí también es pertinente señalar la tensión existente entre “lo psico-educativo” y el rescate de saberes de las poblaciones sin “imposición”; algunos de los dispositivos relevados involucran la participación de la comunidad; otros promueven claramente la participación de l@s niñ@s en la toma de decisiones y en su derecho a ser escuchados entendiendo a los niñ@s como actores sociales y políticos –como en el caso del Consejo de Niños-; en relación a esto último, Barcala (2011) llama la atención acerca de que el proceso de toma de decisiones debe ser forma adecuada según la edad y que implica acceso a la información; cobran relevancia aquí también los mecanismos concretos ideados para hacer posible la escucha hacia l@s más pequeñ@s;

- ✓ Que tenga un carácter inclusivo: orientándose a la creación de lazos solidarios y a la construcción de prácticas inclusivas; evitando la estigmatización y discriminación y favoreciendo actitudes positivas en relación al reconocimiento y la aceptación de las diferencias; aquí también podemos hablar de universalidad (Barcala, 2011) en términos de la necesidad de que las acciones se dirijan a tod@s los niñ@s y de no discriminación en el sentido de que la atención debe ser igualitaria para todos atendiendo a las particularidades de cada uno;
- ✓ Que implique “poner el cuerpo”: ya que, en la mayoría de los dispositivos –tales como la Murguita, el Consejo de Niñ@s, la Huerta para Compartir, etc.- el trabajo implica el involucramiento activo de los adultos que los coordinan;
- ✓ Que promueva valores alternativos: tales el cuidado del medio ambiente, la alimentación saludable, etc. -desde la Huerta para Compartir-; la concepción del niñ@ como actor político –en el Consejo de Niñ@s-; etc.
- ✓ Que sea constantemente evaluada: algunas veces durante el proceso de implementación, otras veces al final, en ocasiones en ambos momentos, lo que permite la re-adequación de la práctica a las necesidades y circunstancias donde se realiza.

Discusión

A partir de la investigación realizada, podemos afirmar que son muchos los criterios que definen a las buenas prácticas en salud mental infantil que hemos conceptualizado desde el principio de esta investigación: inédito, novedoso, previamente inexistente; carácter colectivo; participativo; pertinencia/relevancia; efectividad; permite la promoción de derechos humanos de la infancia; integralidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad; posibilita la creación de nuevos espacios institucionales y simbólicos; tiene un efecto multiplicador; genera una situación de aprendizaje y producción de conocimiento; eficiencia; que haya tenido cierta continuidad y sostenimiento a través del tiempo; que se enmarque en la normativa sanitaria regional y nacional; y que haya algún tipo de registro. No obstante, nos interesa destacar aquellas características novedosas específicas que, además de las inicialmente propuestas, pudimos conceptualizar a partir de la caracterización de las distintas experiencias caracterizadas y que queremos incorporar conceptualmente como criterios posibles para entender las buenas prácticas en salud mental infantil. Dichos criterios emergente fueron: que rescate los saberes y las prácticas existentes; que exista una planificación previa pero flexible del dispositivo; que esté organizada a partir de las necesidades de los participantes; que realice un aporte a la despatologización de la infancia; y que se genere y desarrolle allí donde los niñ@s y/o sus familias trascurren sus vidas cotidianas y/o en aquellos espacios y momentos en los que ya están convocadas las familias. Asimismo, otros criterios que surgieron pueden enunciarse del siguiente modo: que cuente con espacios de formación y de supervisión/co-visión externas al dispositivo; que cuenten los profesionales a cargo de la actividad con una formación en las temáticas específicas que trabajan; que respete las necesidades e intereses de l@s chic@s y escuche sus voces; que promueva lazos solidarios; que sea una práctica humanizante y subjetivante; que esté encuadrada en las normativas sanitarias y legales e incluya la perspectiva de los derechos humanos; que se constituya en un acto de emancipación para los niñ@s; que combine la sencillez y la complejidad; que realice un abordaje integral; que materialice el trabajo con la primera infancia; y que haya apertura y disponibilidad por parte de los profesionales desarrollan los dispositivos para dar a conocer su trabajo. De igual modo, surgieron también como criterios: que se trabaje no sólo con el niñ@ sino con el ámbito familiar más inmediato y las relaciones sociales significativas; que sean espacios donde se asiste de manera voluntaria; que den valor a los distintos modos de expresión del niñ@; que hable al niñ@ con la palabra que dice “la verdad”; que promueva la co-responsabilidad entre las

distintas instancias que participan en la crianza y el abordaje del niñ@; que posibilite que el tiempo del tratamiento/actividad sea acorde a las necesidades del niñ@; que sea un espacio físico amigable, acondicionado para el trabajo con los más pequeñ@s; y que exprese de alguna manera la realidad del barrio en la que viven los niñ@s y constituyendo una fuerte crítica social a dicha realidad.

Otros ejes orientadores que también pudimos pensar en torno a las buenas prácticas en salud mental infantil fueron: que tienda hacia la autonomía y la autogestión; que se sostenga en el compromiso de quienes coordinan la actividad; que trabaje desde el respeto hacia los chic@s y estableciendo una relación de confianza con ellos; que permita una inserción y articulación distinta en y con la comunidad; que articule actividades realizadas desde el estado con las acciones de distintas organizaciones y agentes comunitarios; que sienta las bases para una política social y de salud alternativas que debería ser prioritaria; que sea un dispositivo de salud mental/psicosocial pero que no requiera necesariamente la coordinación directa del equipo; que trabaje desde una concepción amplia de la salud mental/psicosocial que entiende como parte del trabajo de los agentes de salud el acompañamiento en la vida cotidiana y en los eventos comunitarios en los que las personas participan; que articule el carácter asistencial del trabajo con la tarea preventiva-promocional; que articule distintos tipos de saberes profesionales - del sector salud con otros sectores- y de la comunidad; y que se adecúe a la realidad cultural de los niñ@s.

Por último, pudimos re-conceptualizar las buenas prácticas en salud mental infantil desde las siguientes directrices: que re-defina las demandas que llegan desde los distintos actores sociales; que ponga el eje en la humanización de la atención y en una mirada integral de la salud mental entendiendo que ésta es parte de la salud en general; que re-defina las dinámicas grupales competitivas en juegos cooperativas; que sean ideados y desarrollados con la participación democrática de distintos actores; que realicen intervenciones en la escuela y en diferentes grupos de pertenencia de los niñ@s; que se adecúe a los recursos disponibles; que implique la implementación de modalidades de abordaje que ya cuenta con cierta tradición pero que muchas veces continúa sin un reconocimiento fuerte; que involucre la participación de los distintos actores; que tenga un carácter inclusivo; que implique “poner el cuerpo”; que promueva valores alternativos; y que sea constantemente evaluada.

Consideramos que estos criterios de buenas prácticas pueden orientar la revisión de nuestros dispositivos de intervención, de la planificación de las experiencias en salud mental orientados a niñ@s y de la definición de políticas públicas en esta área. No obstante, ello no implica pretender que todos y cada uno de los criterios de buenas prácticas enunciados se encuentre presentes en los dispositivos que pretendemos generar ya que sería probablemente demasiado exigente pensarlo de ese modo. En ese sentido, entendemos que todos los dispositivos, al igual que toda práctica humana, tienen sus alcances y límites, sus potencias y sus debilidades, y ubicamos a los criterios de buenas prácticas en salud mental infantil como aquellas potencialidades a las que sería prometedor orientar nuestras prácticas sabiendo, de antemano, que siempre dichas prácticas estarán radicalmente condicionadas. Los criterios acerca de las buenas prácticas en salud mental infantil que hemos aquí conceptualizado, pueden servir como inspiración y horizonte utópico hacia el cual caminar, pero siempre desde la conciencia que nuestras prácticas cotidianas siempre estarán necesariamente atravesadas por las tensiones entre el poder y la potencia que constituyen a las mismas. Asimismo, los criterios propuestos no pueden ser entendidos como universales sino como parciales y situados siendo, en ese sentido también, criterios orientadores de nuestras prácticas y no requisitos o exigencias ineludibles.

Relevancia para la salud pública

El tema de investigación propuesto, al orientarse al estudio de modalidades de atención y actividades que abordan etapas vitales claves en la estructuración psíquica del ser humano, adquiere relevancia por el potencial preventivo y de promoción que, desde la perspectiva de la salud mental, tiene el trabajo con niñ@s. La indagación de buenas prácticas de salud mental en la atención de niñ@s, implica desafiar los discursos hegemónicos actuales que, según Barcala (2013), naturalizan la psicopatologización/medicalización/desatención de la niñez cerrando las posibilidades de llevar adelante acciones creativas y prácticas comunitarias que tiendan a la inclusión y a la socialización y que garanticen el derecho a la salud. Esta psicopatologización/medicalización/desatención de la niñez da cuenta de las limitaciones y la insuficiencia de las políticas públicas específicas en el área de la salud mental infantil y de la consecuente inmersión de la lógica del mercado en dicho campo. De igual modo, el conocimiento de las modalidades de atención y actividades de salud

mental en la niñez que ofrecen los servicios posibilita describir, caracterizar y clasificar la modalidad de respuesta ofrecida por los sistemas de salud a la vez que brindar información que permita su evaluación. Si bien algunos estudios, sobre todo los realizados por Alejandra Barcala y su equipo (2008; 2015), han comenzado a trabajar en ese sentido, no hay suficientes conocimientos en cuanto a los cuidados de salud implementados en los distintos niveles de atención ni estudios realizados abarcando los períodos temporales y espacios geográficos propuestos para esta investigación salvo algunos estudios de casos puntuales (Parra, 2012; 2013).

Bibliografía

Armesto MA. (1996) Una Evaluación del Programa Area de Atención Comunitaria de la Dirección de Prestaciones Integrales en Salud Mental. DGSM. CICyTPCba. Informe.

Barcala, A. (2013). Sufrimiento psicosocial en la niñez: el desafío de las políticas en salud mental. Revista Actualidad Psicológica, Marzo 2013.

Burijovich, J. (2011). El concepto de buenas prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo. En Rodigou Nocetti, M y Paulín, H. (2011). Coloquios de Investigación Cualitativa. Córdoba: UNC.

Janín, B. (2013). Intervenciones Subjetivantes. Revista Novedades Educativas n° 268. Abril 2013. Pág. 13-16.

Foucault, M. (1991). Saber y verdad. Madrid: La Piqueta.

Fushimi, C.F. y Giani, M. (2009). Herramientas subjetivas que protegen. Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años. Pcia Nqn.

Galende, E. (1992). Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires: Paidós.

Pedraza, M., Marcus, A. y Sánchez, M. (2006). Viaje a la vida. Una propuesta de humanización temprana al niño y/o niña en gestación y su familia. Zapala, Neuquén.

Plan de Salud Mental de la Provincia del Neuquén. Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén. Año 2007.

Salazar Villava C. (2003). Dispositivos: máquinas de visibilidad. Anuario de investigación 2003 México DF: UAM-X, CSH. Pp. 291-299.

Sirvent M.T. (2003). El Proceso de Investigación. Manual de Cátedra, Investigación y Estadística Educativa I. Universidad de Buenos Aires.

Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y salud mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira, D. (2007) Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios. Buenos Aires: Paidós.