

Buenas prácticas en Salud Mental infantil: estudio de dispositivos de Salud Mental orientados a niñas y niños en los sistemas públicos de salud de Río Negro y Neuquén

MARCELA ALEJANDRA PARRA, LORENA MARÍA GALLOSI, XIMENA
NOVELLINO, CLAUDIA BAFFO, MARÍA GABRIELA DE GREGORIO,
MARIANA PAULÍN DEVALLIS, MARÍA TERESA DEL PILAR AMIOT GASPIO Y
MOIRA ALE

Introducción

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 (APS) y la Salud Mental: la incorporación de acciones de Salud Mental en las prácticas de APS y la aplicación de los principios de APS a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica. El primer modo ha constituido el eje de la política de Salud Mental de la provincia del Neuquén, mientras que en la provincia de Río Negro se ha seguido el segundo (Stolkiner y Solitario, 2007).

En esta realidad sanitaria, a través del proyecto de investigación “Dispositivos de atención en Salud Mental orientados a niñas y niños. Estudio descriptivo en los sistemas públicos de Salud de Río Negro y Neuquén, período 2014-2015 (FACE-UNCo)” nos proponemos caracterizar

prácticas en Salud Mental orientadas a niñas y niños desarrolladas en los sistemas públicos de Salud de Río Negro y Neuquén en el período 2014-2015¹.

El marco teórico está conformado por dos grandes ejes: las conceptualizaciones acerca de la Salud Mental, la niñez y las prácticas en salud, por un lado, y el análisis de las articulaciones entre Salud Mental y APS, por el otro. Se trata de un estudio de tipo descriptivo transversal con un enfoque cualitativo que incluye datos de tipo cuantitativo. Los instrumentos de recolección de datos son: la revisión de la documentación sanitaria existente, la realización de encuestas y entrevistas, y la realización de observaciones con apoyatura de registro fotográfico y de videos. El análisis de datos se basa en el concepto de triangulación metodológica, y está inspirado en la teoría fundamentada y en el método de comparación constante.

Escenarios regionales

Durante el trabajo de recopilación de información para realizar el estado del arte del tema recopilamos un conjunto heterogéneo de antecedentes. En primer lugar, artículos referidos a investigaciones que se propusieron estudiar dispositivos clínicos de atención a niños desde una metodología cualitativa y/o cuantitativa². En todos los casos se trataba de la observación de un único dispositivo y de espacios de atención vinculados al ámbito universitario,

¹ Una versión previa de este texto se encuentra en proceso de evaluación para su publicación por la *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Ellos son: V. Aguiriano y otros (2009), "Las prácticas clínicas y la investigación en un servicio de atención a niños y adultos responsables"; T. Carusi y S. Slapak (2009), "Investigación sobre las intervenciones del psicoterapeuta en un grupo psicoterapéutico psicoanalítico de niños entre 6 y 8 años y en su respectivo grupo de orientación a padres o adultos responsables"; A. Luzzi y otros (2009), "Estudio del juego de niños en el contexto de la psicoterapia psicoanalítico grupal"; A. Luzzi y otros (2009), "Estudio de la capacidad de contención emocional de padres o adultos responsables incluidos en grupos de orientación"; L. Ramos y otros (2009), "Psicoanálisis de niños: estu-

no de dependientes del régimen sanitario, donde la relación clínica-investigación podría ser diferente. En general, se buscaba conocer los efectos de las intervenciones realizadas en el marco de dispositivos clínicos en los niños, sus padres y/o adultos responsables. Observamos que la información se había obtenido, en la mayoría de los casos, del registro de una muestra de sesiones. Si bien los objetivos propuestos eran los mencionados, notamos que los datos analizados y presentados como resultados tendían a plantearse en términos de adecuación o no del manual de códigos de intervenciones de investigaciones relacionadas previamente. Algunos de los estudios relevados dan cuenta de los efectos de la participación de los niños y adultos en los dispositivos estudiados y hacen recomendaciones para su mejora. Todos los estudios de este grupo consideran, además, la necesidad permanente de reflexionar desde la práctica clínica con auxilio de la investigación para evitar los caminos únicos y poder revisar dispositivos y conceptos de la clínica. Finalmente, cabe mencionar que todas las investigaciones agrupadas en este eje estudiaron espacios de atención vinculados al ámbito universitario, sin involucrar dispositivos dependientes del ámbito sanitario, donde la relación clínica-investigación podría ser diferente. Asimismo, que las investigaciones encontradas limitaban sus resultados a la observación de un único dispositivo.

En un segundo eje reunimos seis investigaciones que describen y analizan programas de Salud Mental para niñas, niños y adolescentes y la actuación profesional de los efectores a cargo. Algunas de las investigaciones buscaban conocer, además, si los programas estudiados cumplían con los objetivos propuestos, con la finalidad de obtener información que les permitiera formular recomendaciones para redireccionarlos o mejorarlos. Observamos que, en el

dio de procesos terapéuticos"; E. Leonardelli (2009), "Desarrollo de un modelo para la observación sistemática de situaciones interactivas lúdicas madre-niño".

marco teórico de estos estudios, se combinan aportes del psicoanálisis, del campo de la Salud Mental comunitaria, de las investigaciones en sistemas y servicios de salud, de las reformas en sistemas de atención en Salud Mental y conceptos del campo sociológico. Asimismo, se presentan desarrollados los conceptos de *salud mental* y de *buenas prácticas*, y la metodología utilizada es la de triangulación de información de datos obtenidos de fuentes secundarias y primarias, con predominio de un abordaje de tipo cualitativo. Notamos que estas investigaciones dan cuenta de la complejidad de los procesos y resultados de los programas de atención en Salud Mental y que dos de ellas cobraron especial importancia para nuestro análisis³.

El estudio de Alicia Stolkiner y su equipo (2011) plantea la articulación entre la APS y la Salud Mental desde las dimensiones teórico contextual y de definición de políticas, y desde la dimensión subjetiva de las concepciones y prácticas de los actores. Con respecto al trabajo de Alejandra Barcala (2013), lo consideramos similar al de nuestra propuesta, aunque abarcan períodos temporales y espacios geográficos diferentes: investiga las políticas y prácticas de las instituciones sanitarias, y plantea la necesidad de revisar los discursos y concepciones de la niñez que subyacen a ellas, en tanto impactan de forma positiva o negativa en los procesos de constitución subjetiva de niñas, niños y adolescentes.

³ Las no referenciadas son: F. Torricelli y otros (2012), "Investigación sobre un programa comunitario que brinda cuidados a niños, niñas y adolescentes con trastorno mental severo y vulnerabilidad psicosocial"; M. Sirianni (2011), "Descripción y análisis de un programa de integración sociolaboral para adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, basado en la implementación del dispositivo de empresa social como estrategia de salud mental comunitaria. Estudio de caso"; A. Barcala y otros (2008), "Hubo un Programa de Atención Comunitaria"; A. Barcala y otros (2010), "Los procesos de atención en Salud Mental en la niñez desde la perspectiva de derechos: un estudio de las jurisdicciones Ciudad de Buenos Aires, provincia de Tierra del Fuego y provincia de Misiones".

En otro grupo de antecedentes reunimos dos investigaciones finalizadas (Parra, 2012 y 2013) y una en curso (Estévez y otros, 2011), que abordan el tema que nos interesa en la región a analizar. Las dos primeras investigaciones describen dispositivos de atención a niños y sus familias que se desarrollan en Zona Sanitaria Metropolitana de la provincia del Neuquén; se consideraron relevantes para el presente proyecto los aportes conceptuales del marco teórico, especialmente la definición de buenas prácticas y de dispositivos de Salud Mental. En ellas los dispositivos son definidos desde la perspectiva de una interfaz entre trabajo clínico y comunitario. Metodológicamente y en sus objetivos, son antecedentes directos de nuestro proyecto, aunque el área de estudio es más restringida. La investigación en curso, dirigida por Estévez, se plantea como objetivo estudiar las problemáticas de Salud Mental en la infancia y los niveles de vulnerabilidad psicosocial, en niñas y niños escolarizados de la ciudad de Cipolletti: el interés para nuestra investigación radicó en que aborda la temática de Salud Mental e infancia en el ámbito regional y realiza aportes conceptuales en el marco teórico. Sin embargo, no se refiere a dispositivos clínicos de abordaje, lo cual consideramos una diferencia significativa respecto de la propuesta del presente proyecto.

Infancia y buenas prácticas en Salud Mental

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, por lo cual se tornan períodos prioritarios para pensar intervenciones preventivas desde el ámbito de la Salud Mental (Fushimi y Giani, 2009; Pedraza, Marcus y Sánchez, 2006). Así, adquieren relevancia, por su potencial

preventivo y de promoción de la salud, las prácticas de trabajo con niños que abordan estas etapas vitales claves en la estructuración psíquica del ser humano.

Asimismo, adquieren sentido las buenas prácticas de Salud Mental en la atención de niñas y niños, ya que implican 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. Esta psicopatologización/medicalización/desatención de la niñez da cuenta de la falta de políticas públicas en el área de la Salud Mental infantil⁴ y de la consecuente inmersión de la lógica del mercado en dicho campo.

Desde la perspectiva de la Salud Mental, se entiende que todo ser humano es, desde su concepción, un sujeto entramado en una red vincular y social compleja: sujeto *desde, entre, con y para otros*. Se trata de un sujeto entramado en una red intersubjetiva, en lazo social. Precisamente, en el niño la constitución de las redes representacionales se encuentra posibilitada por el sostén de un otro, que le puede construir y brindar un espacio psíquico. Para pensar al niño y a la psicopatología infantil es necesario ubicar el contexto en el que nos encontramos inmersos, del que formamos parte, y que en cierta medida nos determina. Es decir que aquello que se espera de los niños, lo que sería sano o patológico, será diferente en las distintas épocas y los distintos grupos sociales. Es por ello que cada época, cada grupo social, tiene su propia representación de lo que debe ser un niño y cuáles son los modelos de maternidad y paternidad (Janin, 2013).

⁴ Según Gerlero y otros (2010): "Particular atención merece el insuficiente desarrollo de dispositivos dedicados al cuidado de la salud mental infantil. Conforme con otros estudios, los resultados revelan la deficitaria planificación de acciones que privilegien a esos grupos etarios, como así también la ausencia de información sobre sus problemas prevalentes".

Según Burijovich (2011), la expresión “buenas prácticas” destaca aquellas acciones cuyos resultados han sido positivos y que, por este motivo, pueden ser consideradas como modelos, guías e inspiración para futuras actuaciones. En este marco, podemos pensar cuáles son los desafíos en la creación de buenas prácticas de Salud Mental en la atención de niñas y niños, teniendo en cuenta que tanto las intervenciones sobre ellos como su permanencia están determinadas por una voluntad de poder sobre los sujetos infantiles, que engendra el cuadro actual de saberes sobre el niño (Foucault, 1991). En ese sentido, deberíamos poder situar a un niño en las mejores condiciones de subjetivación posibles, sin reducirlo a objeto de un saber de la medicina y la psicología (Janin, 2013).

De este modo, para garantizar el derecho a la Salud Mental y evitar prácticas desubjetivantes y desestructurantes, toda política de Salud Mental en la niñez debería impulsar procesos de desinstitucionalización/desmedicalización/despatologización, a la vez que debería incluir prácticas comunitarias subjetivantes y estructurantes dentro del proceso de atención a la salud-enfermedad.

Desde la presente investigación nos proponemos favorecer el análisis de 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.

Sistemas de Salud Mental-psicosocial en las provincias de Río Negro y Neuquén

Los sectores de Salud de las provincias de Río Negro y Neuquén tienen la misma característica de fragmentación que en el resto del país: están conformados por los subsectores público, privado y de las obras sociales, cada uno con lógicas y prácticas diferentes.

En ambas provincias el subsector público alcanza a la totalidad de las localidades a través de hospitales y centros de salud, así como a las comunidades rurales por medio de puestos sanitarios y/o visitas periódicas desde el hospital de referencia. En la mayoría de las localidades del interior de las provincias, el sistema público es el único prestador de salud, ya que los subsectores privado y de obras sociales han localizado sus efectores en las ciudades de mayor concentración poblacional y sólo cuentan con centros médicos ambulatorios y consultorios particulares en algunas localidades del interior provincial.

Asimismo, en ambas provincias el subsector público comprende diversos niveles: uno central normativo y de conducción general (Ministerio de Salud), y una red integrada por los establecimientos prestadores de servicios. Cada provincia tiene definidas regiones o zonas sanitarias, integradas a través de una red de establecimientos escalonados en niveles de complejidad creciente (complejidad de I al VI, según clasificación de OMS en base a las prestaciones que el establecimiento puede brindar).

Cada zona sanitaria se subdivide en áreas programáticas locales, que implican una responsabilidad sobre la población comprendida en ese territorio. En cada región o zona sanitaria hay un hospital cabecera zonal de mediana o alta complejidad, con el cual se vinculan a través de interconsultas y derivaciones otros hospitales de mediana o baja complejidad ubicados en localidades vecinas.

En el caso del Neuquén, el establecimiento de máxima complejidad del sistema es el Hospital Provincial Dr. Castro Rendón, ubicado en la Ciudad de Neuquén, que centraliza gran parte de la atención sanitaria, a tal punto que tiene el rango de una zona sanitaria más. La provincia también cuenta con un hospital de referencia interzonal, en la ciudad de Zapala.

El sistema de Río Negro se encuentra dividido en seis zonas sanitarias, que corresponden a los departamentos geográficos de la provincia⁵ e incluye 35 hospitales generales Área Programa y 161 centros de salud.

Salud Mental comunitaria y salud psicosocial

Los programas de Salud Mental del subsector público de Río Negro y del Neuquén tienen características muy distintas en cuanto a su integración organizativa, disponibilidad y estructura de servicios, y trabajadores del área. Entendemos que estas diferencias se corresponden con diversos modos de incluir la atención en Salud Mental dentro del sistema de cada una y con las concepciones, prioridades y políticas subyacentes en cada programa provincial. En este sentido, consideramos que el Programa de Salud Mental Comunitario rionegrino está organizado en función de la tarea de desmanicomialización⁶, definida como objetivo prioritario de su política. Por otro lado, la provincia del Neuquén se organiza en relación al modelo de APS, a partir de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental (n° 26.657).

Integración organizativa

El Ministerio de Salud del gobierno del Neuquén cuenta con el Departamento de Salud Mental, en donde se incluye el Programa de Adicciones. Asimismo, en 2010 se creó el Consejo Provincial de Atención Integral de Salud Mental y Adicciones (COPAI) con el fin de planificar, diseñar y coordinar las políticas públicas de prevención, asistencia, trata-

⁵ A saber: Primera Zona Oeste (Alto Valle Oeste), Primera Zona Este (Alto Valle Este), Segunda Zona (Valle Medio), Tercera Zona (Región Atlántica), Cuarta Zona (Región Andina), Quinta Zona (Línea Sur).

⁶ El término "desmanicomialización" se refiere al proceso provincial de desinstitucionalización, y a los fines de este trabajo ambos vocablos pueden considerarse sinónimos.

miento, rehabilitación y reinserción en el campo de Salud Mental y Adicciones, en relación a las personas con padecimiento mental y adicciones. Tiene carácter interministerial, ya que está compuesto por representantes de los ministerios de Salud, Educación, Seguridad y Trabajo, entre otros. Su propuesta se sustenta en un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de APS y de atención en Salud Mental, y entre sus funciones se destacan la de desarrollar estrategias preventivas tendientes a disminuir la exposición a situaciones que promuevan conductas de riesgo y la de disminuir la vulnerabilidad frente a situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo, destinadas a la población general y en especial a niños, adolescentes y jóvenes.

En Río Negro, la conducción ministerial del programa está a cargo de tres organismos: la Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria, que cumple funciones políticas, técnicas y de organización operativa desde ese ámbito hacia las zonas sanitarias; el Departamento de Salud Mental, un órgano asesor de la Dirección de Salud Mental que desarrolla funciones técnicas y organizacionales; y el colegiado de coordinación provincial de Salud Mental, que funciona desde 2008, conformado por los coordinadores zonales de Salud Mental como representantes de un conjunto de equipos locales.

Estructura de los servicios

En Neuquén la atención de la Salud Mental se incluye, básicamente, en la red existente de APS, que se incorpora dentro de sus prestaciones en los centros de salud. En casi todos ellos hay equipos de Salud Mental, y en los hospitales de menor complejidad y en algunos centros de salud y hospitales generales del interior de la provincia, duplas de Salud Mental-salud psicosocial, compuesta por psicólogos y trabajadores sociales. En la zona sanitaria metropolitana –que abarca fundamentalmente Ciudad de Neuquén–, los hospi-

tales cuentan con equipos de psicólogos y psiquiatras, y casi todos los centros de salud, con psicólogos –en tanto recurso especializado en Salud Mental– y trabajadores sociales.

Existen seis servicios de Salud Psicosocial en hospitales generales. Asimismo, en la Ciudad de Neuquén hay un Centro de Desintoxicación de Agudos y un Centro de Día de Adolescentes, en la localidad de Arroyito funciona desde hace más de diez años una comunidad terapéutica en el Instituto de Rehabilitación, y en distintas localidades de la provincia existen grupos de trabajo sobre alcoholismo, violencia familiar, trastornos de ansiedad, cesación del hábito tabáquico, adolescencia, cuidados paliativos y apoyo a la crianza, entre otros.

En Río Negro, el Programa de Salud Mental Comunitaria cuenta con servicios locales en 29 de sus 35 hospitales generales, aspecto que resulta relevante en términos de accesibilidad a la atención. Estos servicios son heterogéneos: algunos son unipersonales y otros cuentan con equipos interdisciplinarios muy numerosos. En general, ello se relaciona a la cantidad de población a cargo, aunque no existen normativas preestablecidas. Cada uno de ellos tiene a su cargo, además, la atención en los Centros de Atención Primaria de la Salud, que dependen de su área programática (un total de 116 en la provincia).

Además, el subsector público posee siete dispositivos denominados “estructuras intermedias”: cinco son centros comunitarios y los restantes, una casa de alojamiento, y una casa para el trabajo de atención y resocialización con personas bajo jurisdicción judicial (Casa Art. 12, Ley 2440). Por último, cuenta con ocho empresas sociales, que dependen de diversos servicios de Salud Mental locales, y con tres asociaciones de usuarios y familiares.

De los trabajadores

En el Neuquén, según datos del Departamento de Salud Mental y el área de Adicciones, el recurso humano calificado en el área de Salud Psicosocial del sistema público provincial era, en 2012, de 172 profesionales: 79 psicólogos, 74 asistentes sociales y 19 psiquiatras⁷.

En Río Negro, según datos del Programa Provincial de Salud Mental Comunitaria, en 2007 se contaba con 175 trabajadores: 69 psicólogos, 10 enfermeros, tres administrativos, 6 trabajadores sociales, 21 psiquiatras o médicos especialistas en Salud Mental, dos psicopedagogas, una socióloga y 63 operadores de Salud Mental. En este Programa resulta fundamental la incorporación del recurso no convencional del operador de Salud Mental para la realización de los objetivos de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental, dado que profundiza un abordaje alternativo a la respuesta tradicional a la crisis mental e incorpora conocimientos comunitarios. Estos operadores participan en todas las instancias de trabajo, diseño, ejecución y evaluación de las estrategias terapéuticas⁸.

⁷ La residencia en Psiquiatría del Hospital Castro Rendón, del Neuquén, inició recientemente un nuevo ciclo, con tres profesionales médicos en formación.

⁸ Río Negro cuenta desde 1994 con la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria, dirigida a la formación de médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales y psicopedagogos. Su duración es de tres años y tiene sedes en 8 de los 29 servicios del Programa.

El cuidado de la Salud Mental infantil

La situación en las provincias de Río Negro y Neuquén respecto al cuidado de Salud Mental infantil no escapa a las problemáticas de escaso desarrollo y deficitaria planificación que han sido señaladas como características de la situación nacional en la misma área.

En un estudio reciente sobre estrategias de intervención en Salud Mental en la Argentina, encabezado por Sandra Gerlero, se sostiene que “Particular atención merece el insuficiente desarrollo de dispositivos dedicados al cuidado de la Salud Mental infantil. Conforme con otros estudios, los resultados revelan la deficitaria planificación de acciones que privilegien a esos grupos etarios, como así también la ausencia de información sobre sus problemas prevalentes” (Gerlero y otros, 2010: 28).

En relación a la organización de la atención de la Salud Mental infantil, nos interesa marcar las diferencias existentes entre ambas provincias, ya que deberán ser tenidas en cuenta para el estudio de los dispositivos que nos proponemos realizar.

En Río Negro no existen áreas diferenciadas de atención de Salud Mental dentro de los servicios locales ni el área de atención infanto-juvenil⁹. En ese sentido, desde el Programa de Salud Mental rionegrino, y con una intención clara y bien definida, se ha promovido como lineamiento la no conformación de áreas diferenciadas de atención por grupo etario. El tipo de abordaje promovido es el familiar y comunitario, y ello implica no considerar a las personas según una única variable (ya sea edad, sexo o nivel educativo), sino pensar el abordaje de la persona en su integridad y complejidad, teniendo en cuenta las particularidades y

⁹ En Río Negro funcionan los Espacios Comunitarios de Organización Social (conocidos como “ECOS”), que son instituciones públicas orientadas específicamente a trabajar con niños, adolescentes y sus familias, con dependencia interministerial (Salud, Promoción y Acción Social municipal).

especificidades. Los equipos interdisciplinarios asumen una responsabilidad compartida en la atención al conjunto de la demanda. Sin embargo, en algunos servicios de gran envergadura, y en función de una organización interna del equipo, algunos profesionales con especialidad en niños dedican la mayor parte de su carga horaria a la atención de este grupo etario. Por otro lado, casi todos los servicios de Salud Mental cuentan con algún referente de la red intersectorial-interinstitucional orientada específicamente al trabajo con niños (como por ejemplo el Consejo Provincial de Niños y Adolescentes, que recientemente surgió como estrategia interministerial para el abordaje de este grupo etario). Para la atención en Salud Mental infantil, la gran mayoría de los servicios locales rionegrinos cuentan con dispositivos de atención en crisis (mediante sistema de guardias pasivas o activas), internación en el hospital general, admisiones y consultorios externos (para atención individual de niños y/o del grupo familiar); sólo algunos servicios cuentan además con dispositivos específicos de atención en Salud Mental para niños, como grupos o talleres. La internación de un niño por un problema de Salud Mental está regulada por la Ley Provincial del Gobierno de Río Negro de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental (n° 2440, sancionada en 1991 y reglamentada en 1992) y se cumple con los mismos lineamientos que promueven la no segregación de las personas adultas con padecimiento mental; es decir, que la internación se realiza en el hospital general más cercano a su domicilio, y sólo en tanto dispositivo temporal y transitorio, implementado en última instancia, luego de haber intentado otros dispositivos terapéuticos ambulatorios. Los hospitales Área Programa no cuentan con espacios de aislamiento para personas en crisis de salud mental, sino que esas personas son internadas en clínica médica o pediatría, según corresponda.

En Neuquén está más establecida la división organización/especialización de la atención de los profesionales por grupos etarios. El Hospital Castro Rendón, el de mayor

complejidad, cuenta con un equipo de psicólogos y psiquiatras para la atención de niños, otro para adolescentes-jóvenes y otro para adultos. En los otros hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana –Bouquet Roldán y Horacio Heller–, aunque los cargos no lo diferencian formalmente, en la práctica los profesionales del servicio se organizan para atender algunos a los adultos y otros a los niños y adolescentes. Esta división dentro de los equipos de Salud Mental es una de las principales diferencias que, según podemos ver, existen entre las dos provincias.

A modo de conclusión: sobre políticas de Salud Pública

Las políticas comunitarias en Salud Mental son el resultado de la confluencia de dos corrientes de investigación y prácticas en Salud Pública, independientes entre sí, pertenecientes a ámbitos del saber distintos y cuyos trabajos se realizan en contextos socioculturales diferenciados: por una parte, las corrientes de las llamadas “psiquiatrías comunitarias” desarrolladas en el marco de las políticas de desinstitucionalización y, por otra, la corriente de APS.

Tomando en cuenta esto, y continuando lo enunciado al comienzo del texto, pueden pensarse al menos dos posibilidades no excluyentes respecto a los modos en que pueden relacionarse la APS y la Salud Mental: la incorporación de acciones de Salud Mental en las prácticas de APS y la aplicación de los principios de APS a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica (Armesto, 1996).

En ese marco, podríamos decir que el primer modo ha constituido la característica principal de la política de salud de la provincia del Neuquén, que se ha orientado hacia la incorporación de prácticas de Salud Mental en los procesos de atención de niñas y niños pequeños a través de lo que se ha denominado “herramientas subjetivas que protegen”:

identidad, intimidad, intermediación por la palabra-humanización, límites y la socialización; mientras que el segundo modo ha constituido el eje central de la política de Salud Mental de la provincia de Río Negro, donde se ha enfatizado en los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica y donde, desde los postulados de la Salud Mental comunitaria, si bien se ha planteado la no creación de subespecialidades en los equipos de Salud Mental, las problemáticas relacionadas con niñas y niños son respondidas desde un modelo centrado en la perspectiva de derechos.

Bibliografía

- Armesto, M. A. (1996). "Una evaluación del Programa Área de Atención Comunitaria de la Dirección de Prestaciones Integrales en Salud Mental". Informe 1° de abril de 1994–31 de marzo de 1996. Dirección General de Salud Mental. Conicet Córdoba.
- Barcala, A. (2013). "Sufrimiento psicosocial en la niñez: el desafío de las políticas en Salud Mental", en revista *Actualidad Psicológica*, marzo.
- Burijovich, J. (2011). "El concepto de buenas prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo", en M. Rodigou Nocetti y H. Paulín, *Coloquios de Investigación Cualitativa*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Estévez, A. y otros (2011). "Salud mental infantil y vulnerabilidad psicosocial. Estudio epidemiológico en niños escolarizados de la ciudad de Cipolletti". Proyecto de Investigación FACE-Universidad Nacional de Córdoba.
- Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Fushimi, C. F. y M. Giani, (2009). *Herramientas subjetivas que protegen... Una propuesta de incorporación de prácticas de salud mental en los procesos de atención de niños y niñas pequeños. Guía para la atención y el cuidado de la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años*. Gobierno de la Provincia del Neuquén.

- Gerlero, S., A. C. Augsburger, M. P. Duarte, M. A. Escalante, M. V. Ianowski, E. C. Mutazzi y D. I. Yanco (2010). "Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina", en *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 1, n° 2, marzo.
- Janin, B. (2013). "Intervenciones subjetivantes", en revista *Novedades Educativas*, n° 268, abril, pp. 13-16.
- Parra, M. A. (2012). "Características, alcances y límites del dispositivo *Casa Arco Iris*: programa de Salud Mental Comunitaria para niños/as de 0 a 6 años y sus familias en el primer nivel de atención". Inédito.
- Parra, M. A. (2013). "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". Inédito.
- Pedraza, M., A. Marcus y M. Sánchez (2006). "Viaje a la vida. Una propuesta de humanización temprana al niño y/o niña en gestación y su familia". Centro de Salud B° 582 viviendas. Zapala, Neuquén. Inédito.
- Stolkiner, A. y otros (2011). "Articulaciones entre salud mental y atención primaria de la salud desde una perspectiva de derechos – Argentina – 2004 y 2014". Proyecto UBACyT, Programación Científica.
- Stolkiner, A. y R. Solitario (2007). "Atención Primaria de la Salud y salud mental: la articulación entre dos utopías", en D. Maceira, *Atención primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.

