**II Congreso Latinoamericano de Teoría Social y Teoría Política**

“Horizontes y dilemas del pensamiento contemporáneo en el sur global”

Buenos Aires, 2 al 4 de Agosto de 2017

**Mesa Temática número y nombre**

53. Neoliberalismo, bio/medicalización y salud mental en América Latina. Avances y resistencias en perspectiva

**Título de la ponencia**

PRÁCTICAS ALTERNATIVAS EN SALUD MENTAL ORIENTADAS A NIÑ@S QUE VIVEN EN CONTEXTOS DE VIOLENCIAS: LAS EXPERIENCIAS DE LA MURGA Y DEL FUTBOL CALLEJERO.

Nombre, Apellido y pertenencia Institucional de los autores:

Marcela Alejandra Parra

Universidad Nacional del Comahue

**Resumen**

Este trabajo surge 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 (2014-2016) cuyo propósito es caracterizar prácticas alternativas en salud mental orientadas a niñ@s apelando para ello al concepto de buenas prácticas.

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. Los criterios utilizados para la selección del conjunto de buenas prácticas que estamos caracterizando han sido los siguientes: carácter colectivo; relevancia; diversidad de experiencias; novedoso e innovador; promoción de transformaciones; promoción de los derechos humanos; optimización de recursos; sostenibilidad en el tiempo; accesibilidad; planificación previa; carácter participativo; integralidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad; carácter asistencial y también preventivo-promocional; carácter inclusivo; etc.

En esta ponencia quisiéramos presentar dos de las experiencias seleccionadas: la Murga Trapitos de Colores (Neuquén capital) y la experiencia de Futbol Callejero (El Bolsón, Provincia de Río Negro) y reflexionar, desde ellas, acerca del concepto de buenas prácticas en salud y acerca del carácter alternativo de las mismas.

**INTRODUCCIÓN**

Este trabajo surge 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 (2014-2016)*** ***cuyo propósito es caracterizar prácticas alternativas en salud mental orientadas a niñ@s apelando para ello al concepto de buenas prácticas.***

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. Los criterios utilizados para la selección del conjunto de buenas prácticas que estamos caracterizando han sido los diversos y en constante re-elaboración en el transcurso de nuestro trabajo. Algunos de ellos son: carácter colectivo; relevancia; diversidad de experiencias; novedoso e innovador; promoción de transformaciones; promoción de los derechos humanos; optimización de recursos; sostenibilidad en el tiempo; accesibilidad; planificación previa; carácter participativo; integralidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad; carácter asistencial y también preventivo-promocional; carácter inclusivo; etc.

***Las experiencias seleccionadas son:***

* ***Provincia de Rio Negro:*** Taller de Niños Divertidos (ADANIL, Hospital General Roca); Consejo de Niños (Servicio de Salud Mental del Hospital General Roca y Consejo Local de Niñez); La Huerta para Compartir (Servicio de Salud Mental, Hospital Villa Regina); Equipo Admisión e Interconsulta (Servicio de Salud Mental y Servicio social, Hospital Cipolletti); Futbol 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 Niños (Servicio de Salud Mental, Hospital Horacio Heller); Taller de Crianza (Servicio de Salud Mental, Hospital Bouquet Roldán); Murguita Trapitos de Colores (Area Psicosocial Centro de Atención Primaria de la Salud Confluencia); La Casita Itinerante (Area Psicosocial Centro de Atención Primaria de la Salud Parque Industrial); Actividad Sala de Espera (Area Psicosocial Hospital Mariano Moreno); Taller de Educación Sexual y Afectiva (Area Psicosocial Hospital Mariano Moreno)

En esta ponencia quisiéramos ***presentar dos de las experiencias seleccionadas: la Murga Trapitos de Colores*** (Neuquén capital) ***y la experiencia de Futbol Callejero*** (El Bolsón, Provincia de Río Negro) y reflexionar, desde ellas, acerca del concepto de buenas prácticas en salud y el carácter alternativo de las mismas.

**EL CONCEPTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD COMO CONTEXTO TEÓRICO ORIENTADOR**

En el marco de la presente investigación 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 dispositivos pueden ser individuales, familiares, grupales o comunitarios. A tal fin utilizaremos de manera indistinta las palabras dispositivos, experiencias, modalidades de atención y actividades para referirnos a aquello que estamos analizando.

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. 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.

Como dijimos anteriormente, según Burijovich (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.

Según Burijovich (2016), la procedencia conceptual de este término 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; Burijovich, 2016) no obstante lo cual, como equipo de investigación, hemos decidido continuar utilizándolo por las potencialidades que dicho concepto tiene, aunque haciendo las salvedades que explicitamos a continuación:

* ***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”;
* ***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. 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) que produjeron resultados disímiles.

***Específicamente, en el marco del presente proyecto, hemos definido dichas Buenas Prácticas a partir de los siguientes criterios:***

* ***Inédito o novedoso:*** en el sentido de que es previamente inexistente y aporta un elemento novedoso o innovador al escenario de actuación (Primeros Años, s/d); dicho carácter inédito o novedoso puede serlo en distintos sentidos: por el tipo de dispositivo, por la población con la que trabaja, por el marco teórico que utiliza, etc.; 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;
* ***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; 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 del proceso de toma de decisiones por parte de la comunidad/grupo con el que trabajamos;
* ***Pertinencia/relevancia:*** en términos de dar respuestas específicas a las demandas y/o problemáticas del contexto en el que está inserta;
* ***Efectividad:*** en términos de lograr los objetivos que se proponen;
* ***Que haya algún tipo de registro:*** escrito, fotográfico, etc.;
* ***Que haya tenido cierta continuidad/sostenimiento a través del tiempo;***
* ***Que se enmarque en la normativa sanitaria regional y nacional:*** Ley Provincial de Salud Mental 2440 en Río Negro, Plan Provincial de Salud Mental en Neuquén y Ley Nacional de Salud Mental;
* ***Integralidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad:*** fundamento de las propuestas de Atención Primaria de la Salud y de la Ley Nacional de Salud Mental.
* ***Promueve una transformación real:*** propiciando cambios positivos en personas, instituciones, contextos y reglas de juego (Primeros Años, s/d)
* ***Permite la promoción de Derechos Humanos y de la infancia para su aplicación efectiva*** (Primeros Años, s/d)
* ***Posibilita la creación de nuevos espacios institucionales y simbólicos:*** promoviendo cambios en la concepción y prácticas en las familias y en las instituciones (Primeros Años, s/d);
* ***Optimiza los recursos existentes*** (humanos, financieros, institucionales) demostrando un empleo efectivo de los mismos y un aprovechamiento eficaz de las oportunidades que ofrece el contexto (Primeros Años, s/d);
* ***Tiene un efecto multiplicador:*** ya que pueden ser imitados y adaptados en otras localidades (Primeros Años, s/d);
* ***Genera una situación de aprendizaje y producción de conocimiento*** (Primeros Años, s/d);
* ***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 (Primeros Años, s/d);

Asimismo, para la selección de los dispositivos a caracterizar, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios que van más allá de la definición teórica de Buenas prácticas:

* ***Diversidad:*** entre los distintos dispositivos que se selecciones (por el diseño de los mismos, la metodología que utilizan, los actores que participan, el equipo que lo desarrolla, etc.);
* ***Accesibilidad geográfica y temporal de la experiencia:*** teniendo en cuenta la falta de recursos económicos para viajar al interior de la provincia, se priorizaron las experiencias que se encontraban próximas a los lugares donde se asienta el equipo (Alto Valle de Neuquén y Río Negro); asimismo, se seleccionaron las experiencias a las que el equipo podía asistir según los momentos del año, días y horarios en que funcionaban;
* ***Disposición del equipo que lleva adelante el dispositivo a ser parte de la investigación:*** esto, más allá del consentimiento informado formal que es necesario para ingresar a las experiencias; dicha disposición de fue evaluando a partir del contacto que tuvimos con los equipos en la etapa de realización de las encuestas.

De igual modo, decidimos excluir como criterios de selección de los dispositivos, los siguientes:

* ***Eficiencia***: entendida ésta como optimización de recursos, si bien se consideró como criterio, se lo hizo en el marco de tener en cuenta que el trabajo en salud mental requiere, sobre todo, profundidad, tiempo, presencia, etc. y que esas características muchas veces van en contra del objetivo de optimizar/ahorrar recursos;
* ***Dispositivos ya caracterizados o sistematizados con anterioridad:*** ya que entendemos que, si uno de los principales objetivos de la investigación es caracterizar experiencias para ponerlas a disposición de otros trabajadores de salud mental, esto no tiene sentido en el caso de las experiencias que ya han sido descriptas o caracterizadas con anterioridad.

Estos criterios nos han servido para seleccionar los dispositivos a caracterizar y se van re-elaborando/modificando/ampliando en la medida en que avanza el proceso de investigación.

La idea fue, en el marco del “amasado” entre teoría y empiria que implica toda investigación (Sirvent, 2006), poder 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 seleccionaron.

**MURGA TRAPITOS DE COLORES**

La posibilidad de convocar a los niñ@s y jóvenes del barrio Confluencia -barrio antiguo y populoso de la ciudad de Neuquén signado por un fuerte contexto de violencia social- a la realización de una murga ***surge a inicios del año 2014*** desde una iniciativa del área psicosocial del Centro de Salud.

Las necesidades a partir de las cuales surge esta experiencia tuvieron que ver con la falta de espacios recreativos para los niñ@s y jóvenes de esta zona y a la necesidad de generar ofertas culturales y de espacios de sostén dirigidas a los mismos que se adecuaran a la idiosincrasia de la comunidad.

El ***objetivo principal*** es brindar un escenario de sostén y pertenencia para los nin@s; ofrecer un espacio de aprendizaje de conceptos generales de música, ritmo y composición de canciones propias; y proponer una filosofía de vida que aporte herramientas para que los niñ@s y jóvenes hagan frente a las violencias desde un marco cultural propio.

La murga ***funciona*** todos los sábados. Hasta el año pasado se juntaban a la vuelta del playón, en el CCI Los Pumitas donde les prestaban un lugar. En este último tiempo, han estado ensayando en el playón y actualmente en una de las escuelas del barrio. La actividad comienza con todos sentados en el piso haciendo una ronda donde se conversa y se presenta, eventualmente a las personas nuevas. A veces se organiza algún juego entre los chicos como el del quemado. Algunos quedan a la orilla compartiendo el mate, otros van tocando los distintos instrumentos: bombos, trompetas, guitarra, flauta, etc. Hay también un micrófono que usan para cantar. Luego se comienza el ensayo con los pasos y las canciones. Cuando la canción es nueva, suelen tener la letra en algún papel. Las letras de las canciones las van componiendo los mismos chic@s con la orientación de los murgueros que coordinan la actividad.

La murga es una expresión popular, de barrio, que integra diferentes lenguajes expresivos. En ella conviven lo corporal, la música, la plástica, la palabra. La murga es una filosofía de vida que atraviesa todos los momentos de la vitales. La murga también implica una forma de crítica social y una apuesta por una forma solidaria de vivir en comunidad. Los mismos trajes que se utilizan en las murgas tienen su propia historia, historia que viene cargada con una fuerte crítica social.

El ***equipo de trabajo*** que desarrolla la experiencia está conformado, desde el Centro de Salud Confluencia, por dos psicólogas, dos trabajadoras sociales y dos promotoras de salud; y, desde la actividad autónoma de los murgueros, por los murgueros que coordinan la murga que actualmente son cuatro y que, aunque se manejan de manera autónoma, siempre cuentan con el acompañamiento del equipo psicosocial

En la murga ***participan*** unos veinte a veinticinco niñ@s y jóvenes de 5 a 15 años priorizándose, en la convocatoria al espacio, a aquéllos que se encuentra en situación de riesgo social y con menores posibilidades de accesibilidad a otras actividades. Lamentablemente, aunque el objetivo era también que se acercaran no sólo los niñ@s, sino que la idea inicial era llegar a la población pre-adolescente, los que más se acercan son los más pequeñ@s

***Los chic@s que participan son siempre más o menos los mismos.*** Son chic@s y familias a los queel equipo psicosocial conoce pero en relación a los cuales el mismo equipo reconoce no haber podido llegar desde ninguna otra actividad y donde la murga entonces permite cierta accesibilidad.

Los ***padres/madres/referentes*** de estos niños y jóvenes tienen escasa o nula participación en el espacio de la murga. No obstante, algunos de ellos, sobre todo M. una de las abuelas de dos niñas que participan y parte del Grupo de Madres Autoconvocadas del barrio, suelen colaborar en la confección de los trajes, galeras, etc. y también acompañando a los niñ@s en las presentaciones públicas que realizan.

La murga también participa en ***distintos tipos de eventos barriales*** como los del día del SIDA, día del niño, día de la mujer, etc. ***y de encuentros con otras murgas***. Estos últimos les permiten conectarse con otras murgas, salir del barrio, conocer a otras personas, compartir.

La murga se desarrolla desde un ***espacio intersectorial*** donde no sólo están involucrados el equipo psicosocial del Centro de salud y el trabajo autónomo de los murgueros sino en el cual también están implicados, según los momentos, espacios de Acción Social, las Madres Autoconvocadas, el espacio de la Red Intersectorial, etc.

En cuanto a los ***resultados y*** la ***evaluación*** de esta actividad, el equipo psicosocial refiere un “gran sentimiento de pertenencia”; la ampliación de la actividad al grupo familiar; y la multiplicación de la convocatoria entre los mismos pares. Hay chicos que han logrado también construir un “proyecto de vida a través de esta actividad”. Asimismo, quienes coordinan la murga reconocen que a veces les faltan herramientas para trabajar con los niñ@s. Como desafíos está el querer “incluir a los papás de algún mod”o […] y por ahí esto del sostenimiento a medida que van creciendo. Otro desafío tiene que ver con que éstas sean actividades que puedan ser reconocidas como parte de la salud integral y que se instalen como política social.

**LA EXPERIENCIA DE FUTBOL CALLEJERO**

El Fútbol Callejero nace como una estrategia de trabajo con las juventudes, y es inicialmente impulsada por Fundación Defensores del Chaco (Moreno, Prov. de Buenos Aires).  En aquel inicio, la propuesta fue recuperar un espacio de protagonismo y de diálogo entre jóvenes, en un contexto de violencia estructural.

La metodología de Fútbol Callejero pronto se fue expandiendo y fue adoptada por organizaciones de toda América Latina.

**Historia local: futbol callejero en El Bolsón**

La experiencia ***comienza en el Barrio Los Hornos, en el año 2011,*** a iniciativa de una de las psicólogas del Servicio de Salud Mental del Hospital y como una oportunidad para dar continuidad a un trabajo iniciado por el Equipo Técnico de Apoyo Pedagógico (ETAP) con adolescentes y jóvenes del barrio.

Los encuentros se realizan con frecuencia semanal e, inicialmente, eran los días martes por la tarde. Si bien esta metodología se inició localmente en el mencionado barrio, luego comenzó a implementarse también en ***distintas escuelas.***

Actualmente, esta metodología se lleva adelante en seis espacios, tanto escolares como comunitarios, cuatro en El Bolsón y otros dos en El Hoyo y Puelo, estas últimas localidades de la Provincia de Chubut. Se ha trabajado hasta la fecha con aproximadamente 300 chicos.

Hay dos lugares en los cuales está planificado empezar y otros cinco que lo han solicitado, pero donde aún no es posible comenzar por falta de recursos humanos. Es por ello que se están formando mediadores sociales para poder extender la metodología a estos espacios requeridos y en donde se observa como importante iniciar con la misma.

**Población destinataria**

Se trata de un proyecto socio-escolar-comunitario con enfoque de derechos, orientado a la población infanto-juvenil en general y en particular a aquellos en situación de vulnerabilidad social.

**Necesidades a partir de las cuales surge**

Esta experiencia surge como propuesta de trabajo con aquellos grupos en los cuales se presentan dificultades relacionales, de comunicación, con inconvenientes para resolver conflictos mediante la palabra.

**Metodología**

Tiene dos particularidades: que ***los equipos son mixtos*** y que ***no cuenta con la figura de un árbitro,*** sino la de mediadores sociales (que habitualmente son una pareja).

Consta de ***tres momentos*** en su desarrollo:

***Primer momento:*** se definen, de común acuerdo entre los dos equipos y con la fiscalización de los mediadores sociales, las reglas con las que van a jugar el partido; éstas se constituyen como condiciones al ser aceptadas por ambos grupos. Las reglas establecidas son anotadas por el mediador en una planilla;

***Segundo momento:*** se juega al fútbol el tiempo establecido;

***Tercer momento:*** una vez finalizado el partido, los chicos se reúnen con los mediadores, se dialoga y, por medio del consenso, se establecen los puntos que corresponden a cada equipo, en relación no sólo a lo ***deportivo*** (cantidad de goles), sino a los valores que se ponen en juego. Estos son: la ***solidaridad,*** es decir cómo se relacionó un equipo con el otro; el ***compañerismo,***cómo se trataron los jugadores del mismo equipo; y el ***compromiso,*** elrespeto con las reglas acordadas. Todo ello acompañado por la figura del mediador social, que utiliza una planilla e interviene facilitando los diálogos y la participación.

**Recurso humano**

La coordinación de la experiencia de Futbol Callejero en la zona está a cargo del Lic. Heraldo Mora, que es trabajador social del área de educación, ha sido técnico y juega al futbol actualmente.

El equipo de mediadores en este momento cuenta con seis integrantes, tres varones y tres mujeres; la mayoría juega al futbol, son profesores de educación física y trabajan en escuelas, en Puelo hay un operador de Salud Mental[[1]](#footnote-0).

En el caso de los espacios de Futbol Callejero en Río Negro, no hay en este momento una participación activa y directa por parte de referentes del área de Salud Mental. No obstante, en un principio, la idea de iniciar esta actividad provino de una de las psicólogas integrantes del servicio de salud mental quien le comentó a Heraldo la existencia de esta experiencia y, en otro momentos, hubo participación de algunos usuarios del servicio.

Además, se establecen diversas articulaciones intersectoriales y redes, que hacen posible y facilitan la implementación de est metodología.

**RECONCEPTUALIZANDO CRITERIOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD**

**Desde la experiencia de la murguita**

Entendemos la experiencia de la murga brevemente descripta como una acción de resistencia creativa y de crítica social desarrollada por y con los niñ@s que viven en Barrio Confluencia y como una buena práctica de salud mental/psicosocial que se acompaña desde el sistema de salud y que ofrece herramientas concretas para que los niñ@s hagan frente a las violencias cotidianas en las que ellos viven.

***Son muchos los criterios que definen a las buenas prácticas en salud mental infantil*** que hemos conceptualizado desde el principio de esta investigación que están presentes en esta experiencia: el ***carácter colectivo*** de la experiencia; ***su espíritu inédito y novedoso*** como dispositivo de salud mental/psicosocial; **su relevancia,** ya que responde a las necesidades del barrio de generar espacios recreativos para los niños; ***el carácter participativo*** de la misma ya que si bien no hubo una participación activa de los niñ@s en la planificación inicial de esta actividad, los chic@s participan actualmente no sólo como “destinatarios/objetos” sino como “protagonistas/sujetos”; ***el carácter interdisciplinario e intersectorial*** ya que trabajan personas de distintas disciplinas e instituciones/organizaciones del barrio; ***la continuidad en el tiempo*** ya que se trata de una experiencia que lleva unos tres años; y su ***carácter diferencial*** respecto a otras prácticas.

***No obstante, nos interesa destacar aquellas características novedosas específicas que***, además de las mencionadas, ***también están presentes en esta experiencia y que queremos incorporar conceptualmente como criterios posibles para entender las buenas prácticas en salud mental infantil:*** ***el expresar*** de alguna manera ***la realidad*** del barrio ***en la que viven los niñ@s; el constituir una fuerte crítica social*** a dicha realidad; ***el buscar ser una actividad que tienda hacia la autonomía,*** es decir, que en algún momento pueda ser desarrollada por los mismos niñ@s sin ayuda externa; ***el compromiso de quienes coordinan la actividad*** ya que la realizan desde las ganas y el convencimiento de que es algo que les sirve a los niñ@s; el ***trabajar desde el respeto hacia los chic@s y estableciendo una relación de confianza; que sea una actividad que permita otra llegada a la comunidad*** ya que permite establecer vínculos conlos niñ@s y a familias con los cuales no se puede llegar a través de otras acciones; ***que combine las actividades realizadas desde el estado con las acciones voluntarias de distintas organizaciones y agentes comunitarios; sentar las bases para una política social y de salud alternativa*** que se considera prioritaria y la cual actualmente no se encuentra legitimada; ***que sea un dispositivo de salud mental/psicosocial pero que no requiere la coordinación directa del equipo sino de un acompañamiento más indirecto por parte de éste; trabajar 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.

**Desde la experiencia de futbol callejero**

Algunos de los criterios definidos previamente desde el Equipo de Investigación, que están presentes en la experiencia de Futbol Callejero y por los cuales la misma fue seleccionada como una buena práctica en salud mental, son los siguientes: *t****iene carácter inclusivo,*** lo que se observa en distintos aspectos de la actividad;por un lado, para destacarse en el juego, la habilidad deportiva deja de ser una cualidad excluyente y pasan a tener mayor importancia los valores que se ponen de manifiesto; por otro lado, y siendo esto una de las particularidades del Fútbol Callejero, es mixto, incluyendo tanto varones como mujeres en igualdad de condiciones, aunque respetando sus particularidades. Asimismo, se incluyen personas con discapacidad; ***promueve derechos,*** ya que entendemos que hay una mirada de los niñ@s como sujetos de derecho, sujetos activos y protagonistas;a través de esta experiencia, pueden ejercer, entre otros, el derecho a la participación, al juego y a las actividades recreativas, a que su voz sea oída y su opinión tenida en cuenta; derechos contemplados en la Convención sobre los Derechos del Niño, así como también en leyes nacionales y provinciales; ***es sostenible en el tiempo,*** la actividad que se desarrolla desde 2011 en Barrio Los Hornos, así como también en otros espacios comunitarios y educativos, no solo pudo sostenerse hasta la actualidad, sino que se proyecta su continuidad en el futuro, además de su extensión a nuevos espacios; creemos que el sostenimiento y continuidad en el tiempo de la experiencia, está en relación con el compromiso, la predisposición y el convencimiento de quienes llevan adelante este trabajo.

* Asimismo, otros criterios también presentes en esta experiencia son: ***tiene efecto multiplicador,*** desde los responsables de llevar adelante la experiencia, se posibilita que otros actores del barrio y de la comunidad se sumen a la propuesta, aprendiendo su filosofía y sus diversos aspectos, a fin de poder multiplicar aún más los espacios de puesta en práctica; ***implica interdisciplina e intersectorialidad,*** ya fue mencionado en párrafos anteriores el recurso humano que interviene y los distintos sectores con los cuales se trabaja y se lleva adelante la experiencia; el carácter interdisciplinario e intersectorial de la misma, permite la articulación y optimización de recursos y saberes, y en consecuencia posibilita brindar, efectivamente, respuestas más integrales; ***se origina en la identificación de una situación de necesidad y/ o de riesgo por parte de los niños y niñas,*** la experiencia surge como una alternativa para dar respuesta a situaciones de conflicto, de relación y comunicación entre los chicos; en este mismo sentido, en cada uno de los espacios donde se desarrolla se tiene en cuenta la realidad de cada lugar, así como también las necesidades e intereses de los chicos que participan; ***promueve una transformación real*** en relación a lo cual se observa que los valores en juego, de solidaridad, respeto y compañerismo, se vivencian y se adoptan; es decir, lo aprendido a través de esta metodología puede trasladarse a situaciones de la vida cotidiana, observándose modificaciones tanto individuales como grupales; quienes llevan adelante esta experiencia prefieren hablar de **“encuentros”,** más que de “partidos” de futbol, entendiendo que “se produce encuentro cuando ambas partes deciden darse un espacio para la transformación”; tomando las palabras de su coordinador, lo más importante de esta actividad es ***encontrarse y transformarse.***

***No obstante, nos interesa destacar aquellas características novedosas específicas que***, además de las mencionadas, ***también pudimos observar a partir de tomar contacto y profundizar en la experiencia de Futbol Callejero, y que también se podrían pensar como criterios que definen buenas prácticas en salud mental, a saber: se realiza “donde los chicos están”*** ya que si bien la actividad se realiza en días y horarios establecidos, en los cuales se los convoca, los espacios donde se desarrolla son aquellos en los cuales los chicos se encuentran y en los que transcurre parte de su cotidianeidad; *“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 ”*[[2]](#footnote-1)*;* ***genera una situación de aprendizaje y producción de conocimiento,*** en el fútbol callejero los participantes toman decisiones, negocian reglas, las hacen valer y asumen el compromiso de respetarlas, ven las consecuencias de sus propias decisiones, debaten sobre las respuestas correctas, desarrollan confianza en su capacidad de pensar, corrigen y defienden sus propios esquemas de pensamiento, interactuando, participando y respetando las ideas de los demás; todos estos **aprendizajes**, necesarios para el desarrollo de la autonomía, se convierten en significativos ya que además de escucharlos se viven; ellos construyen todo esto, dentro de su proceso de interacción, acompañados por los mediadores sociales[[3]](#footnote-2);

**REFERENCIAS BIBLIÓGRAFICAS**

Armesto MA. (1996) Una Evaluación del Programa Area de Atención Comunitaria de la Dirección de Prestaciones Integrales en Salud Mental. Dirección General de Salud Mental. Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Provincia de Córdoba. Informe 1ro de Abril de 1994-31 de Marzo de 1996.

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

Barcala, A., Torricelli, F., Zunino, P. y Marotta, J. (2012). Hubo un Programa de Atención Comunitaria. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-192177-2012-04-19.html> Consultado: 09-07-13

Burijovich, J. (2006). La investigación cualitativa en la evaluación de programas y proyectos de intervención. Módulo Postgrado Metodología Cualitativa. Universidad Nacional de Córdoba. Año 2006.

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.

Primeros Años (s/d). Programa Nacional de Desarrollo Infantil. Buenas Prácticas. Tres experiencias: Chubut, Chaco y San Luis.

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.

1. Registro observación y conversación con Heraldo Mora, 21-10-16 [↑](#footnote-ref-0)
2. Presentación Heraldo Mora en las Jornadas Salud Mental. El Bolsón, octubre 2016 [↑](#footnote-ref-1)
3. “Puente Viejo” - Fútbol callejero. Metodología de Inclusión y Aprendizaje. Comarca Andina del paralelo 42. El Bolsón - Lago Puelo. Asociación “Al agua todos”. Diciembre 2015 [↑](#footnote-ref-2)