

Síntesis informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga.

Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2013

TÍTULO DEL ESTUDIO

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.

Nombre/s y Apellido del becario: Marcela Alejandra Parra

Categoría de beca: Investigación en Salud Pública Beca de Perfeccionamiento

Nombre/s y Apellido del Director de la beca: María Florencia Verbic

Lugar donde desarrolló la beca: Neuquén

SINTESIS INFORME FINAL

Fuente (s) de financiamiento:

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

RESUMEN

La presente investigación caracteriza el dispositivo de atención en salud mental a niños pequeños y sus familias “Espacio Arco Iris” que se desarrolla en el Centro de Salud Almafuerte de Neuquén (período 2011-2012) a la vez que evalúa los alcances y los límites de dicho dispositivo.

Se parte de lo que efectivamente se está realizando para, desde allí, hacer primero una caracterización y, luego, una evaluación de tipo comprensiva del dispositivo que incluye la perspectiva del equipo de trabajo responsable, de las familias y los niños/as que participan y de los profesionales e instituciones derivadoras y/o a las que asisten regularmente los niños/as.

La perspectiva teórica está conformada, en primer lugar, por los aportes realizados en torno a la Evaluación de Programas en Salud Mental Comunitaria; en segundo lugar, por las conceptualizaciones hechas respecto a la Psicología Comunitaria en América Latina y la Perspectiva Sistémica del niño/a y la familia; y, en tercer lugar, por la Perspectiva Psicoanalítica de Françoise Doltó y los desarrollos de su discípula Aída Ch. de Saks, especialmente lo atinente a la experiencia de “Casa Verde”.

A nivel de instrumentos de recolección de datos, se trabajó con la revisión de registros sanitarios existentes, la aplicación de encuestas y la realización de entrevistas y observaciones. El análisis de los datos se basó en el concepto de triangulación metodológica en función de garantizar la confiabilidad de los mismos.

Los principales resultados y conclusiones de este estudio muestran que Espacio Arco Iris, en tanto espacio psicoterapéutico y experiencia de “acompañamiento a la crianza para el ser en libertad” constituye en una “buena práctica” de asistencia y prevención en salud mental dirigida a la atención de niños pequeños y sus familias que articula el trabajo clínico con la perspectiva comunitaria.

Palabras clave

Salud Mental – Crianza del niño - Atención Primaria de Salud

INTRODUCCIÓN

Casa “Arco Iris” es un dispositivo preventivo-asistencial en salud mental destinado a los niños/as de 0 a 6 años y a sus familias que se ha venido implementando en la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén (Centros de Salud Confluencia, Sapere, El Progreso, Valentina Sur y San Lorenzo Norte) desde el año 2004. En el último tiempo, dicho dispositivo se ha venido desarrollando en el CAPS Almafuerte y en el Hospital de Plottier (perteneciente a la Zona Sanitaria I), se ha reiniciado en el CAPS de El Progreso y se está comenzando a implementar en el CAPS de Parque Industrial.

Casa “Arco Iris” tiene como propósito *“humanizar al niño y la niña en las diferencias, descubriendo su potencial creativo y reconocerlo/a como sujeto desde que nace”* y está orientado a abordar los problemas de la temprana edad a partir del respeto del niño como sujeto. Se basa en los ejes teóricos desarrollados por la pediatra y psicoanalista francesa Françoise Dolto y en la experiencia “Casa Verde” que ella implementó así como también en el trabajo realizado por la Lic. Aída Ch. de Saks junto a otros profesionales en la “Casa Verde” de Buenos Aires.

Se trata de un dispositivo donde niños y padres -u otros referentes adultos- acuden de manera conjunta y donde el equipo profesional actúa sobre el *“aquí y ahora”* de las interacciones que se dan entre estos sujetos que forman parte de la experiencia. El mismo se constituye como espacio para pensar y recrear vínculos saludables en la crianza asumiendo como tarea principal la construcción de herramientas subjetivas protectoras (identidad, intimidad, humanización, límites y socialización) en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS).

Esta experiencia –con las adecuaciones necesarias a la realidad local y bajo la denominación “Espacio Arco Iris”- comenzó a desarrollarse a inicios del año 2011 en el Centro de Salud Almafuerte siendo el propósito de este proyecto realizar una evaluación de tipo comprensiva sobre este dispositivo tomando como período de estudio los años 2011-2012.

En esta investigación nos preguntamos: ¿cuáles son las características del dispositivo de atención en salud mental a niños pequeños y sus familias Espacio “Arco Iris” que se desarrolla en el Centro de Salud Almafuerte? y ¿cuáles son los alcances y los límites de dicho dispositivo? Período 2011-2012.

La evaluación de Espacio “Arco Iris” propuesta cobra relevancia bajo el concepto de “buenas prácticas” en salud (1) desde el cual se buscan sistematizar experiencias exitosas que puedan ser aplicables y transferibles a otras realidades. Al mismo tiempo, dicha evaluación, se enmarca dentro de una de las áreas temáticas prioritarias propuestas para la presente convocatoria, “Salud Mental y Adicciones: Planificación, gestión, monitoreo y evaluación de programas sanitarios y servicios de salud”.

Asimismo, esta investigación da continuidad a nuestro anterior proyecto de investigación - CARACTERIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE LOS PSICÓLOGOS EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. Estudio Descriptivo-Cualitativo en los Centros de Atención Primaria de la Salud y Hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén, período 2010- realizado en el marco de las Becas Ramón Carrillo – Arturo Oñativia 2011 en tanto Espacio “Arco Iris” es una de las estrategias de intervención que los psicólogos –junto a otros profesionales- vienen implementando en el contexto de la APS.

A nivel local, el problema de investigación propuesto, cobra relevancia en el marco de la implementación en la Provincia del Neuquén de la nueva “Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años”. Dicha guía se propone, entre otros objetivos, acompañar a la niña/o y su familia en la tarea de crianza desde el entendimiento de que, acompañar, es un proceso que requiere deseo y presencia. En ese marco, la realización de la presente investigación contribuiría a la confluencia de la experiencia particular que proponemos evaluar con los nuevos lineamientos implementados en la provincia.

De igual modo, también a nivel local, el tema planteado adquiere importancia en el marco del Plan Provincial de Salud Mental que actualmente se está implementando y el cual asume la APS como eje prioritario así como también promueve articulación entre APS y Salud Mental con el propósito de brindar respuestas humanizadas e integrales a la nueva realidad sanitaria de la provincia.

A nivel nacional, la pregunta de investigación propuesta se encuentra en sintonía con la prioridad dada al trabajo con la Primera Infancia y con el perfil comunitario y el énfasis en la Atención Primaria de la Salud que la Dirección Nacional de Salud Mental está promoviendo. En relación a esto último, entendemos que el dispositivo Espacio “Arco Iris” constituye una interfaz entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria dentro del contexto de la APS.

Por todo lo anterior, consideramos que el desarrollo de la investigación aquí planteada, puede constituir un insumo sumamente oportuno en función de la implementación del Plan de Salud Mental de la Provincia del Neuquén y de la nueva “Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años” así como también una contribución para la consolidación, a nivel nacional, de una política de salud centrada en la primera infancia y una política de salud mental con una perspectiva comunitaria.

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En la revisión de antecedentes realizada, se ha encontrado a nivel local un antecedente de evaluación del sistema de salud neuquino pero que no está enfocado al área de salud mental, la “Evaluación del sistema público de salud de la Provincia de Neuquén” realizado por la Dra. Olga Nirenberg, el Dr. Néstor A. Perrone y la Dra. Elsa M. Moreno, del Centro de Apoyo al Desarrollo Local, Año 2009 (2).

Dentro del campo específico de la salud mental se han encontrado muy pocas investigaciones en torno a la evaluación de programas (3) siendo que la mayoría de los trabajos hallados hacen referencia a prácticas psicoterapéuticas –no a su evaluación- destinados a grupos de niños, por un lado; y a grupos de padres/adultos responsables de estos niños, por otro (4)(5). Asimismo, el desarrollo de evaluaciones de salud mental que incluyan a los usuarios también ha tendido a ser escaso (6).

En dicha revisión, no se han encontrado investigaciones que den cuenta de dispositivos que trabajen de manera conjunta con niños/as y sus familias a excepción de la realizada por la autora del presente proyecto a nivel local: la “Evaluación del programa de salud mental comunitaria Casa “Arco Iris”. Dispositivo de abordaje preventivo-asistencial en salud psicosocial para niños/as de 0 a 6 años y sus familias en el Primer Nivel de Atención” (7)- realizada en torno a la experiencia del CAPS San Lorenzo Norte. Tampoco se han encontrado trabajos de investigación sobre el dispositivo que proponemos estudiar.

MARCO TEÓRICO

La **teoría general** (8) de esta investigación está conformada por los aportes realizados en torno a la Evaluación de Programas en Salud y, específicamente a la Evaluación de Programas en Salud Mental Comunitaria; los aportes de la Psicología Comunitaria en América Latina y la Perspectiva Sistémica del niño/a y la familia; la Perspectiva Psicoanalítica de Francoise Doltó y los desarrollos de su discípula la Lic. Aída Ch. de Saks, especialmente lo atinente a la experiencia de “Casa Verde”. La **teoría sustantiva** (8) de este trabajo, a modo de “marco sensibilizador”, está conformada por los “conceptos orientadores” de dispositivo, familia y herramientas subjetivas protectoras los cuales son definidos en el aparatado 10.3.

En este marco, la evaluación del dispositivo Espacio “Arco Iris” cobra relevancia bajo el concepto de “buenas prácticas” en salud (1) desde el cual se buscan sistematizar experiencias exitosas que puedan ser aplicables y transferibles a otras realidades. Según Burijovich (1), 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.

Asimismo, se considera una buena práctica aquella que: es previamente inexistente y aporta un elemento novedoso (innovador) al escenario de actuación; promueve una transformación real propiciando cambios positivos en las personas, instituciones, contextos y en las reglas de juego; permite la promoción de Derechos Humanos y su aplicación efectiva; posibilita la creación de nuevos espacios institucionales y simbólicos, promoviendo cambios en las concepciones y prácticas de las familias y en las instituciones; 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; tiene un efecto multiplicador ya que pueden ser imitados y adaptados en otras localidades; genera una situación de aprendizaje y producción de conocimiento; y es sostenible en el tiempo (9).

OBJETIVOS

Siguiendo las dos grandes preguntas de investigación anteriormente explicitadas, los objetivos generales de este trabajo son:

- Describir las características principales del dispositivo de atención en salud mental a niños pequeños y sus familias Espacio “Arco Iris” del CAPS Almafuerte en el período 2011-2012;
- Analizar los alcances y los límites de dicho dispositivo siguiendo criterios valorativos, de pertinencia y de eficacia.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Diseño

Se trata de un diseño evaluativo de corte comprensivo con un diseño emergente que contempla aspectos descriptivos e interpretativos. La estrategia metodológica seleccionada combinó el uso de técnicas cuantitativas y cualitativas en la recolección y análisis de la información.

La investigación evaluativa contribuye a la solución de problemas prácticos, conduce a decisiones y analiza la utilidad social y el valor de una propuesta. En este caso, se parte de lo que

efectivamente se está realizando para, desde allí, hacer primero una caracterización y, luego, una evaluación del dispositivo que incluye la perspectiva del equipo de trabajo responsable, de las familias y los niños/as que participan y de los profesionales e instituciones derivadoras y/o a las que asisten regularmente los niños.

De este modo, a través de esta investigación se realiza una evaluación de un dispositivo de intervención que incluyó las características generales de la investigación cualitativa. Específicamente, un diseño de investigación emergente y flexible; un marco teórico compuesto por conceptos orientadores; un trabajo de campo realizado en los contextos cotidianos de vida y trabajo, guiado conceptualmente y centrado en la perspectiva del actor; un análisis de datos realizado de manera conjunta a la recolección de los mismos; y una búsqueda de resultados que, si bien no son universalizables, sí posibilitan, a partir de la comprensión de contextos peculiares, inferencias que puedan ser transferibles a otros contextos.

La evaluación abarca el período 2011-2012.

Población y muestra

El universo a estudiar fue el dispositivo Espacio “Arco Iris”. Por tratarse de un estudio de caso, se trabajó con el total del universo.

Las unidades de análisis consideradas fueron: el dispositivo de atención en salud mental a niños pequeños y sus familias Espacio “Arco Iris” que se desarrolla en el Centro de Salud Almafuerde período 2011-2012; y las familias y los niños/as que participan en dicho dispositivo, período 2011-2012.

Respecto a los criterios de inclusión y exclusión: para el caso del dispositivo en cuestión, por tratarse de un estudio de caso, no se considera pertinente establecer criterios de inclusión y exclusión; y para el caso de las familias y los niños/as, se tomará como criterio de inclusión aquellas familias que hayan participado al menos en tres encuentros semanales excluyéndose las que hayan participado ocasionalmente una o dos veces y/o las que no den su consentimiento informado.

Las unidades de información fueron los miembros del equipo, los pasantes y las familias. En total se realizaron treinta y dos entrevistas entrevistándose a: seis miembros del equipo (tres psicólogos, dos enfermeras de pediatría y una agente sanitaria); siete pasantes (tres residentes de medicina general, un médico general, una odontóloga, una estudiante de psicología, una enfermera) y diecinueve familias.

Variables

Como dijimos anteriormente, la **teoría general** (8) de esta investigación está conformada por los aportes realizados en torno a la Evaluación de Programas en Salud y, específicamente a la Evaluación de Programas en Salud Mental Comunitaria; los aportes de la Psicología Comunitaria en América Latina y la Perspectiva Sistémica del niño/a y la familia; la Perspectiva Psicoanalítica de Françoise Doltó y los desarrollos de su discípula la Lic. Aída Ch. de Saks, especialmente lo atinente a la experiencia de “Casa Verde”.

La **teoría sustantiva** (8) de este trabajo, a modo de “marco sensibilizador”, está conformada por los siguientes “conceptos orientadores”: dispositivo, familia y herramientas subjetivas protectoras.

Dispositivo: 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 (11) la cual será utilizada para pensar la experiencia misma de Espacio “Arco Iris” en función de realizar la evaluación de corte comprensivo que proponemos y que será guiada, según dijimos, por criterios valorativos, de pertinencia y de eficacia.

Dispositivo es lo que dispone y lo que pone a disposición. Es un espacio que se convierte en receptor y productor de lo complejo. El dispositivo también encierra poder, plantea una naturaleza estratégica y responde a urgencias y demandas en el medio en el que se sitúa. Un dispositivo hace su aparición en tanto enuncia, visibiliza, nos anoticia. El dispositivo provoca y enmarca que se despliegue lo que hay que desplegar, lo que de otra forma sería imposible que ocurra. En este marco, y siguiendo a Foucault (12), podemos decir que un dispositivo es “esencialmente de naturaleza estratégica. Y se acerca a una definición cuando dice “Lo que trato de indicar con este nombre es, en primer lugar, un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y también lo no-dicho, éstos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos”.

Familia: un conjunto de personas en interacción, en un sistema organizado de manera estable y estrecha relación en función de necesidades básicas, con una historia y un código propio que la hacen singular: se transforman evolutiva y temporalmente; generalmente mantienen continuidad y posibilitan reestructuración; posee una estructura, se ve en acción, moviliza acuerdo; establecen formas de comunicación, límites y fronteras entre sus integrantes y el conjunto social; se caracteriza por tener vínculos ligados a una comunicación con marcado grado de intimidad, presencia de objetivos comunes, grados de pertenencia, responsabilidad, roles y funciones específicas de cada uno de los integrantes. Según Minuchín (13) la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo las cuales difieren de acuerdo con los parámetros de las diferentes culturas pero que poseen raíces universales. El niño, será ubicado en el marco de un sistema familiar tal como lo hemos definido a la vez que será entendido como sujeto de derecho. Como decía Doltó, “uno pequeño, el otro grande, pero de igual valor”.

Herramientas subjetivas que protegen (14):

- **Identidad:** cada niño que llega al mundo tiene una identidad que le es propia. Ocupa un lugar en la trama social y familiar que lo precede. El apropiarse de su vida y de su identidad le permitirá abrirse camino, elegir con libertad e incluso sobrevivir a circunstancias adversas (muerte de sus progenitores, abandono temprano entre otros).
- **Intimidad:** por más que los niños necesitan ser atendidos corporalmente desde su nacimiento hasta que adquieren la autonomía para hacerlo solos, este estado de necesidad no debiera

representar una oportunidad para recibir un trato irrespetuoso; es la ternura en las relaciones cuerpo a cuerpo la actitud que ayuda a la construcción de la propia estima y el respeto por sí y por los otros; en términos subjetivos, este eje es la principal “vacuna” que protege contra el abuso sexual infantil y el maltrato.

- **Intermediación por la palabra - humanización:** en la actualidad queda poco tiempo para escuchar a los chicos; la intermediación por la palabra los defiende de la sobredosis deshumanizante de la sociedad; en los niños/as, tanto el funcionamiento del cuerpo como las conductas, son manifestaciones comunicacionales ante las cuales se debe estar atento; los niños hablan aún cuando no abran la boca; expresan su sufrimiento a través de trastornos funcionales, de salud u otros síntomas; la intervención “humanizante” consiste en ayudar a poner en palabras lo que sucede, ya que la palabra libera al ser humano si logra expresar su sufrimiento a quien lo escucha con atención y sin juzgar; en esto consiste la tarea: recrear un espacio de intersubjetividad (niño-padres-adultos responsables-otros) en el que la palabra alivie, proteja, cuide, prevenga y repare; como dice Saks (15), *“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; así se aprende a develar los secretos que no ayudan a crecer.
- **Límites:** a lo largo del proceso del desarrollo se van produciendo cortes necesarios para abrir otras posibilidades de relación con los otros y con el mundo; dejar atrás etapas para dar cabida a lo nuevo implica renunciaciones; se entiende a los límites en términos de prohibiciones que, al frustrar la realización de determinados impulsos, habilitan progresivamente la socialización; los límites cobran diferentes formas según las etapas vitales; posibilitan la diferenciación entre yo/noyo, permitido/prohibido, realidad/fantasia entre otros; estas prohibiciones permiten el acceso al universo de lo simbólico (juego, palabra, arte, pensamiento); el límite nos permite detenernos y pensar; parar y hacer parar al otro; en este sentido, “poner límites” implica brindar cuidado a quien lo necesita; ayuda a economizar la energía de la vida para que no se “gaste” toda en un breve instante.
- **Socialización:** como sujeto social “el ser humano tiene derecho a pertenecer y estar vinculado, todos somos necesarios y formamos parte; si bien cada uno de nosotros nace en una familia, la construcción de lo social en el niño es un proceso progresivo en el tiempo que se despliega conjuntamente al desarrollo; este eje está íntimamente ligado a la incorporación de reglas sociales, los límites necesarios para vivir en sociedad; reglas sociales que, incluso, se transforman en leyes, como lo es la ley provincial N° 2.302 de Protección Integral de Niñez y Adolescencia, vigente en la provincia del Neuquén desde 1999.

Asimismo, otro concepto clave que aporta Doltó y que nos servirá para entender el funcionamiento del dispositivo será el de **Imagen Inconsciente del Cuerpo (IIC)**. Según Doltó (16), la imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y/o desvalorizantes, es decir, narcisizantes y/o desnarcisizantes. Estas sensaciones valorizantes o desvalorizantes se manifiestan como una simbolización de las variaciones de percepción del esquema corporal y, más particularmente, de aquellas que inducen los encuentros interhumanos, entre las cuales el contacto y los decires de la madre son predominantes. IIC es un concepto organizador propuesto por Doltó que permite pensar las etapas pre-especulares, arcaicas, del desarrollo del niño. Cuando ya es por esencia sujeto, pero sujeto no reflexivo, que está inscripto en un cuerpo, cuyos límites reales todavía no percibe, que es ya presa de sus fantasmas pero a los que no puede identificar como tales. Este

concepto representa la unidad primaria, el espacio simbólico que anuda deseo y cuerpo de las pulsiones, sujeto y cuerpo propio.

Instrumentos de recolección de datos

Fuentes primarias:

- Observación participante del dispositivo: la cual se realizó durante el segundo semestre del año 2012; dichas observaciones fueron apoyadas con registros fotográficos y filmaciones;
- Entrevistas semi-estructuradas a los miembros del equipo: tres psicólogos, dos enfermeras de pediatría;
- Entrevistas semi-estructuradas a pasantes: tres residentes de medicina general, un médico general, una odontóloga, una estudiante de psicología y una enfermera
- Entrevistas semi-estructuradas a las familias: en total se entrevistaron diecinueve familias; dichas entrevistas incluyeron la realización de dibujos por parte de los niños de cada una de las familias;
- Collages y dibujos hechos por las familias en la última reunión del año 2012 en función de cómo valoran ellos el dispositivo;
- Grabaciones de las reuniones de equipo segundo semestre del 2012.

No se realizaron las encuestas semi-estructuradas a las instituciones derivadores y/o a las que asisten regularmente los niños que han participado por haberse considerado, en el transcurso de la investigación, que no eran pertinentes u oportunas debido a que, en la mayoría de los casos, no se había mantenido un contacto continuo con dichas instituciones y/o las personas con las que se había establecido el contacto habían cambiado de lugar o función de trabajo.

Fuentes secundarias:

- Entrevistas semi-estructuradas a profesionales que participaron de Casa Verde Buenos Aires algunas de las cuales formaron a los profesionales de Neuquén y que se habían realizado de forma previa al inicio de esta investigación: dos entrevistas;
- Entrevistas semi-estructuradas a los profesionales que estuvieron en los inicios de la experiencia Casa "Arco Iris" en Neuquén y que se habían realizado de forma previa al inicio de esta investigación: ocho entrevistas;
- Registros escritos realizados por el equipo de trabajo al finalizar cada encuentro: papelógrafo y registros personales;
- Historias Clínicas de los niños/as: donde, desde el área de psicología, se registran los motivos de consulta iniciales y la evolución de los niños y familias que participan en el dispositivo; dichas historias clínicas incluyen los informes de las instituciones y/o profesionales derivadores y las producciones gráficas de los niños/as;
- Fotografías del dispositivo año 2011 y primer semestre del año 2012;
- Documentación producida en torno del dispositivo: planificaciones, folletos, invitaciones a actividades especiales, etc.

En la fase de presentación de los resultados usaremos el término *conversaciones* y no entrevistas semiestructuradas en función de resaltar la construcción conjunta de conocimiento que se realiza entre investigadores-investigados y para poner en cuestión la división tajante entre sujeto-objeto de conocimiento. El uso que hacemos del término "conversación" también está inspirado en el concepto de *articulación* propuesto por Donna Haraway (1991) con el cual la autora alude

“conexiones parciales llamadas solidaridad en la política y conversaciones compartidas en la epistemología” que se establecen entre los sujetos que forman parte de una investigación.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Por tratarse de una investigación fundamentalmente cualitativa, la fase de análisis se fue haciendo de manera conjunta a la de recolección de datos. Los datos cualitativos se cargaron y procesaron a través del programa Atlas.ti. El análisis estuvo orientado por la Teoría Fundamentada y el Método de Comparación Constante donde el investigador combina la codificación explícita de los datos con el desarrollo de la teoría y donde cada incidente es comparado con otro incidente o con propiedades de una categoría en función de establecer sus similitudes y diferencias (17).

La información de tipo cuantitativo (número de familias y personas que asisten a cada encuentro; participación de cada niño/a y familia a través del tiempo, etc.) y parte del material cualitativo de cada familia (motivo de consulta, observaciones más relevantes, intervenciones, organización familiar, etc.) se sistematizó a través de una base de datos en excel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En cuanto a las fuentes de datos primarias, antes de la aplicación de las entrevistas, se explicitaron oralmente y por escrito los objetivos del estudio y los procedimientos a desarrollarse; se planteó el derecho de abandonar el estudio en el momento que los participantes así lo decidieran sin existencia por ello de perjuicios; y se garantizó que los datos serían tratados a fin de salvaguardar la intimidad de cada persona y siguiendo la normativa vigente en cuanto a la protección de los datos. Luego de ello se entregó y se pidió a cada participante que firmara el documento de “consentimiento informado para la firma” que fuera oportunamente aprobado por la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos (CAIBSH) de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

En cuanto a las fuentes de datos secundarias, también fueron trabajados en función de salvaguardar la intimidad de cada participante y siguiendo la normativa vigente en cuanto a la protección de los datos.

RESULTADOS

Los ***principales resultados*** obtenidos en la presente investigación muestran que ***Espacio Arco Iris Arco Iris es...***

Un espacio donde cada uno tiene su lugar; donde los chicos pueden expresarse a través del juego o de la palabra y donde el adulto se permite estar y jugar con el niño. Un lugar de aprendizaje para todos los que participan, aprendizaje de límites, de responsabilidades, de respeto a uno mismo, de escucha, de compartir, de relacionarse. Y donde se aprende de los propios hijos.

Un espacio donde se trabajan los límites no como algo negativo sino como algo que nos ayuda a crecer a grandes y chicos, límites que ayudan a saber qué es lo que no podemos hacer y que ayudan también a proteger. Es un lugar de bienestar, donde los chicos vienen contentos y disfrutan. Un espacio agradable y entretenido para el niño y el adulto. Un espacio de vínculo, de relación y de mucha comunicación.

Un espacio terapéutico para familias donde hay niños pequeños, donde se trabaja en conjunto con los familiares que acompañan a ese niño y donde la problemática “del” niño es leída dentro del contexto de los vínculos familiares. Un dispositivo grupal de ayuda y de sostén no sólo para los chicos sino también para los grandes donde se abordan distintas problemáticas. Un espacio de salud donde se trabaja lo asistencial y preventivo a la vez sin patologizar las problemáticas familiares cotidianas

Un espacio social y comunitario donde los niños y las familias pueden encontrarse con otros, intercambiar experiencias de vida -sobre todo en relación a la crianza de niños pequeños- y sentirse acompañados.

Un espacio terapéutico y de ayuda aunque no una terapia. Un lugar donde se trabaja con un criterio de anticipación a la formación de patología. Un proyecto de prevención. Un dispositivo psicoterapéutico preventivo-asistencial destinado a niños de 0 a 6 años y sus adultos referentes donde también se incluye a la mujer embarazada o familias gestantes y al bebé en gestación.

La **particularidad de este dispositivo** está dada por ser un espacio de juego compartido entre el niño y el adulto; un espacio con una dinámica grupal de niños y familias donde hay cierta continuidad en la participación de éstos que posibilita hacer un seguimiento.

Un espacio social donde se entiende al niño como emergente familiar; donde no sólo circula la palabra sino donde se participa a través del juego; un lugar en el que hay una mirada que hace hincapié en el vínculo y que trabaja el vínculo en el aquí y ahora. Un espacio con un encuadre bien definido que es espacio estructurado y desestructurado a la vez con la capacidad de adaptarse a las necesidades del niño y la familia y donde se apunta a la construcción conjunta de saberes y no a la normatización desde un supuesto “deber ser”.

Los **objetivos** de este dispositivo son: ofrecer un abordaje psicoterapéutico grupal destinado a niños de 0 a 6 años y a sus familias que favorezca vínculos tempranos saludables trabajando en el “aquí y ahora” de las relaciones niños-padres/adultos responsables; promover actitudes de habla y escucha hacia los niños pasando de una concepción de niños objeto a la de niños sujetos; generar confianza y escucha donde puedan ser expresados los sentimientos de niños y adultos; fomentar una paternidad bientratante desde el acompañamiento de los adultos en la crianza de sus hijos; prevenir y abordar situaciones de maltrato.

Los **motivos de consulta y/o situaciones** en relación a las cuales se interviene han sido, durante los dos años evaluados, las siguientes: trastornos de la conducta, situaciones de violencia familiar (física y psíquica), dificultades en la puesta de límites, retraso madurativo, dificultades en el lenguaje, enuresis secundaria, dificultades en la ingestión de alimentos, trastornos del desarrollo, regresiones ante el nacimiento de hermanitos, signos de falta de estructuración subjetiva, duelos por la muerte de algún familiar cercano, dificultades en la realización de tareas escolares (falta de concentración, dificultades para iniciar y terminar una tarea, etc.), sobreprotección, miedos, fobias, dificultades de los niños para separarse de los papás, celos y rivalidades entre hermanos, situaciones de migración familiar, agresividad, colecho, hiperactividad y situaciones abuso sexual.

Lo que está presente y se repite en la mayoría de las situaciones familiares en relación a las cuales se interviene es la presencia de algún tipo de violencia en los vínculos, ya sea física, psíquica o de

ambos tipos. En ese sentido, el dispositivo Espacio Arco Iris cobra relevancia comunitaria y sanitaria en tanto nueva estrategia de prevención de la violencia y en tanto vehicular la elevada demanda de atención a niños que llega al área de psicología del centro de salud.

Respecto a Los cambios que se fueron dando en los niños y sus familias, en la mayoría de los casos, el equipo y las familias, destacaron los **cambios positivos** que fueron observando en relación a los motivos de consulta y/o situaciones iniciales. Estos cambios, si bien no se pueden atribuir únicamente a la participación en el dispositivo, sí pueden ser entendidos en el marco de dicha participación y fueron los siguientes:

En relación a las familias en general, dichos cambios positivos tuvieron que ver sobre todo con: mayor firmeza a la vez que flexibilidad en la puesta de límites; menor violencia y mayor capacidad de intermediación de la palabra; mayor posibilidad de escucha hacia los niños y atención a sus necesidades; mejor definición de roles adultos-niños; menores niveles de exigencia hacia los más pequeños; menos relaciones simbióticas y mayor discriminación/diferenciación niño-adulto, etc.

En relación a los niños, dichos cambios tuvieron que ver con: mejor desarrollo del lenguaje; disminución o desaparición de la enuresis; disminución o desaparición de los miedos; menor cantidad de conductas agresivas y mayor intermediación de la palabra; mayor organización y estructuración psíquica; ampliación y enriquecimiento de las posibilidades de juego; mayor capacidad de concentración; menor inquietud; mejor internalización de límites; mayor autonomía; mayor capacidad de espera; mejores posibilidades de compartir; elaboración de situaciones traumáticas; etc.

No obstante todos los cambios positivos observados, en algunos casos, también aparecieron signos de estancamiento en la situación problemática y/o retroceso en la situación del niño y/o su familia.

Las **derivaciones** de los niños y las familias que participan en Arco Iris han sido realizadas, en principio, al área de psicología del centro de salud principalmente desde las siguientes instancias: jardines de la zona (44, 354 y 356), especialmente el jardín n° 44 que es donde asisten la mayoría de los niños que se atienden en el centro de salud; guarderías (UAF Hipódromo y Belén); escuelas de la zona y desde otras zonas de la ciudad pero donde también asisten niños del área de cobertura del centro de salud (354, 356, 311, 107, etc.); juzgados intervinientes en situaciones de violencia familiar; otras familias del barrio que asisten o asistieron al dispositivo; centros de salud cercanos (Progreso) y hospitales (Heller); profesionales de otros centros sanitarios (fonoaudiólogos, trabajadores sociales, etc.); integrantes del equipo de salud (pediatra, psicólogo, enfermera, médico general, etc.); siendo que algunas familias de las que llegan, aunque las menos, lo hacen por demanda espontánea. Sólo en el último tiempo, y en la medida en que el dispositivo se ha ido dando a conocer como tal tanto dentro del equipo como en la comunidad, algunas derivaciones llegan directamente al Espacio Arco Iris en tanto dispositivo específico.

No obstante la amplitud de las distintas instancias de derivación, la mayor parte de los niños y familias derivadas a psicología y/o al Espacio Arco Iris han provenido del Jardín n° 44. Ello realza la pertinencia de haber trabajado con los papás y los niños de este jardín a través de la propuesta de Arco Iris Itinerante.

Los criterios que se consideran pertinentes para realizar derivaciones al dispositivo Arco Iris como tal son, entre otros, los siguientes: donde falta mayor acompañamiento desde los adultos hacia los niños; donde se detectan dificultades en la puesta de límites; donde se detecta violencia en los vínculos o relaciones de sobreprotección; donde se percibe confusión de roles (entre abuelos y madres/padres, por ejemplo) o inversión de roles entre niños y adultos; y donde los niños se muestran demasiado inquietos.

En cuanto a los **principales referentes teóricos** del dispositivo en particular, y de Casa Arco Iris de Neuquén, podemos decir que la influencia central proviene de la pediatra psicoanalista Françoise Doltó y su experiencia de la Maison Verte en Francia así como también de los desarrollos de la Lic. Aída Ch. de Sacks, psicoanalista argentina formada con Doltó y quien llevara adelante la experiencia de la Casa Verde en Buenos Aires desde la Fundación La Causa de los Niños.

En este contexto, puede afirmarse que los ejes conceptuales desde los cuales se trabaja en la experiencia neuquina son una re-elaboración que los miembros de Casa Arco Iris de Neuquén han hecho de los principios doltonianos adoptados por la Lic. Aída Saks en La Casa Verde de los Niños de Buenos Aires. Dichos ejes son Identidad, Intimidad, Intermediación de la palabra – Límites y Socialización y se definen, siguiendo a Fushimi y Giani (2009) del siguiente modo:

Identidad: cada niño que llega al mundo tiene una identidad que le es propia. Ocupa un lugar en la trama social y familiar que lo precede. El apropiarse de su vida y de su identidad le permitirá abrirse camino, elegir con libertad e incluso sobrevivir a circunstancias adversas.

Intimidad: por más que los niños necesitan ser atendidos corporalmente desde su nacimiento hasta que adquieren la autonomía para hacerlo solos, este estado de necesidad no debiera representar una oportunidad para recibir un trato irrespetuoso; es la ternura en las relaciones cuerpo a cuerpo la actitud que ayuda a la construcción de la propia estima y el respeto por sí y por los otros; en términos subjetivos, este eje es la principal “vacuna” que protege contra el abuso sexual infantil y el maltrato.

Intermediación por la palabra - humanización: en la actualidad queda poco tiempo para escuchar a los chicos; la intermediación por la palabra los defiende de la sobredosis deshumanizante de la sociedad; en los niños/as, tanto el funcionamiento del cuerpo como las conductas, son manifestaciones comunicacionales ante las cuales se debe estar atento; los niños hablan aún cuando no abran la boca; expresan su sufrimiento a través de trastornos funcionales, de salud u otros síntomas; la intervención “humanizante” consiste en ayudar a poner en palabras lo que sucede, ya que la palabra libera al ser humano si logra expresar su sufrimiento a quien lo escucha con atención y sin juzgar; en esto consiste la tarea: recrear un espacio de intersubjetividad (niño-padres-adultos responsables-otros) en el que la palabra alivie, proteja, cuide, prevenga y repare.

Límites: a lo largo del proceso del desarrollo se van produciendo cortes necesarios para abrir otras posibilidades de relación con los otros y con el mundo; dejar atrás etapas para dar cabida a lo nuevo implica renunciaciones; se entiende a los límites en términos de prohibiciones que, al frustrar la realización de determinados impulsos, habilitan progresivamente la socialización; los límites cobran diferentes formas según las etapas vitales; posibilitan la diferenciación entre yo/noyo, permitido/prohibido, realidad/fantasia entre otros; estas prohibiciones permiten el acceso al universo de lo simbólico (juego, palabra, arte, pensamiento); el límite nos permite detenernos y pensar; parar y hacer parar al otro; en este sentido, “poner límites” implica brindar cuidado a

quien lo necesita; ayuda a economizar la energía de la vida para que no se “gaste” toda en un breve instante.

Socialización: como sujeto social el ser humano tiene derecho a pertenecer y estar vinculado, todos somos necesarios y formamos parte; si bien cada uno de nosotros nace en una familia, la construcción de lo social en el niño es un proceso progresivo en el tiempo que se despliega conjuntamente al desarrollo; este eje está íntimamente ligado a la incorporación de reglas sociales, los límites necesarios para vivir en sociedad; reglas sociales que, incluso, se transforman en leyes, como lo es la ley provincial N° 2.302 de Protección Integral de Niñez y Adolescencia, vigente en la provincia del Neuquén desde 1999.

Además de esta influencia central de la experiencia y la perspectiva de Françoise Dolto y de Aída Saks, distintas Perspectivas Psiconalíticas no ortodoxas y la Psicología Evolutiva referida fundamentalmente a la primera infancia -desde el aporte de autores tales como Piaget, Winnicott, Bowlby, Bion, Spitz, etc.- constituye un soporte teórico fundamental de la experiencia así como también los desarrollos que, desde la Psiquiatría Infantil y el trabajo con migrantes, realizan Jorge Barudy y Maryorie Dantgnan.

A lo anterior se agregan orientaciones propias del sistema sanitario y el marco legal en el que se desarrolla el dispositivo. Por una parte, se añaden como marcos legales que encuadran el trabajo en Casa Arco Iris la Convención de los Derechos del Niño (1959) y la Ley 2302 de la Provincia del Neuquén que establece la Protección Integral del Niño y del Adolescente (1999) que defiende el derecho a la salud, a la educación, a la identidad, etc. y entiende al niño como protagonista de su propio desarrollo. Por otra, desde el ámbito de salud, esta experiencia se encuentra contenida en los principios de la Atención Primaria de la Salud, estrategia adoptada en 1978 Alma Ata en función de garantizar el acceso de todos a la salud.

Otra mirada presente en esta experiencia ha sido el Enfoque Sistémico de la Terapia Familiar y la Teoría de la Comunicación debido a la formación de algunos de los miembros del equipo en estas perspectivas teóricas.

En el caso específico de Espacio Arco Iris de Almafuerde, a estos referentes teóricos que se fueron tomando desde la experiencia Arco Iris Neuquina, se fueron sumando otros debido a la especificidad de las disciplinas que se fueron integrando (enfermería pediátrica y agentes sanitarios) y a las formaciones que, a nivel de equipo de salud y también a título más bien personal, fueron haciendo los distintos miembros del equipo. En ese sentido, funcionan también como referentes teóricos aportes provenientes de la Psicología Comunitaria Latinoamericana; las Ciencias del Inicio de la Vida, la Salud Mental Perinatal y la Salud Primal; y de la Atención Temprana del Desarrollo.

En cuanto a la **metodología de trabajo** podemos decir que el abordaje es realizado por un equipo interdisciplinario (psicólogos, enfermeras de pediatría y agente sanitario) y mixto (hombres y mujeres) y que el dispositivo implica distintos momentos y espacios de trabajo: admisiones; encuentro semanal con las familias: preparación (organización del espacio) – momento de encuentro con la familia (bienvenida, pre-nominación, juego y despedida) donde a veces se organizan algunas jornadas especiales (festejo del día del niño, cierre fe fin de años) – reunión de equipo (registro de lo observado y de las intervenciones realizadas en relación a cada familia, evaluación del proceso y planificación de las próximas intervenciones); entrevistas

psicoterapéuticas: individuales, vinculares o familiares; interconsultas o derivaciones; articulaciones interinstitucionales; y visitas domiciliarias.

Dentro del marco metodológico, se consideran también las redes sociales establecidas (UAF Hipódromo, jardín escuela 356, jardín escuela 354, SUM del barrio, Jardín n° 44, REDIANA, Taller Didáctico, Servicio Violencia Familiar, Huey Quiñe, etc.); las pasantías que han ido realizando distintos agentes de salud (miembros del equipo de salud, estudiantes de medicina y psicología, etc.) y las distintas presentaciones públicas realizadas desde esta experiencia (Cátedra de Salud Pública y Comunitaria de la UNComahue; XI Jornadas Provinciales de APS y Equipos de Salud. VII Jornadas Provinciales de Medicina General; Jornadas de Reflexión sobre Políticas Públicas de la Primera Infancia; Reunión de Equipo Centro de Salud Almafuerte; 4to Encuentro de Educación Artística: EncontrarNOS... EncontrARTE; X Jornadas de Salud Mental Comunitaria “Atención Primaria de la Salud y Salud Mental Comunitaria”; Jornadas “Nacer y crecer en plenitud”. Organizada por la Red Bienvenida Vida; Jornadas Centros de Salud de la Zona Oeste de la ciudad de Neuquén; IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación y Octavo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; y Video Psicología en Acción).

Tanto las pasantías como las presentaciones públicas de la experiencia están orientadas a dar a conocer este dispositivo sino también a “hacer disponible” y a multiplicar esta modalidad de trabajo.

Respecto a las **estrategias de intervención** desarrolladas dentro del espacio del encuentro semanal de los días miércoles, la mayoría de ellas –aunque no todas- pueden ser organizadas según los ejes de trabajo teóricos que antes mencionamos y que han sido conceptualizados por Fushimi y Giani (2009) como herramientas subjetivas protectoras: identidad, intimidad, intermediación por la palabra – humanización, límites y socialización. A continuación, se describe el modo en que estas herramientas han sido trabajadas.

Identidad: cuestionar ciertas etiquetas y rótulos que se ponen a los chicos y que suelen remarcar sobre todo los aspectos negativos; llamar a cada uno por su nombre y no por su rol; recalcar la particularidad de cada persona como alguien único e irrepetible; reforzar el papel de los adultos ayudando a diferenciar roles y responsabilidades de niños y grandes en función de que cada uno ocupe su lugar; alentar las características, acciones y avances positivos tanto de niños como de adultos, sobre todo cuando la familia remarca casi siempre las características negativas; disminuir el nivel de exigencia de los padres hacia los niños ayudando a entender y respetar los tiempos de cada uno de ellos; ayudar a diferenciar las propias necesidades y vivencias de las necesidades y vivencias de los niños facilitando, por parte del adulto, la decodificación de las necesidades de los más pequeños; ayudar al registro del “otro” y al establecimiento de los propios límites corporales a través del juego; etc.

Intimidad: promover el cuidado del propio cuerpo enunciando aquellas acciones que no deben ser permitidas sobre el cuerpo de los niños; y, cuidar la propia intimidad y la de los niños pidiendo permiso cuando se mira o revisa alguna parte del cuerpo.

Intermediación por la palabra – humanización: explicitar, a modo de hipótesis, vivencias y sentimientos que pueden estar atravesando los niños; poner palabras a algunas actitudes; favorecer que los niños hablen de lo que les pasa y sienten y que los adultos puedan escucharlos

habilitando la expresión de sentimientos y opiniones en niños y grandes y autorizando espacios donde circule la palabra; poner palabras allí donde predominan los golpes; hacer hincapié en que los niños escuchan lo que los adultos dicen aunque muchas veces los adultos creen que no; insistir en la importancia de que los adultos hablen con la verdad a sus hijos aunque las situaciones sean dolorosas o muy difíciles; dirigirse al niño en tanto sujeto y no de manera infantilizada; ayudar a entender la relación entre lo que hace y siente el niño, lo que ocurre en el contexto y lo que realizan los adultos; ayudar a que los padres puedan acompañar y contener más a sus hijos en las distintas situaciones de la vida cotidiana y etapas de la vida; y acompañar momentos vitales de crisis y cambio (mudanzas, nacimientos de hermanitos más pequeños, el empezar a trabajar de la mamá, las intervenciones judiciales, los duelos, la evaluación de un niño por parte de la escuela especial, etc.).

Límites: ayudar a unificar los criterios entre los adultos respecto a la crianza de los niños, especialmente cuando la familia plantea dificultades en la puesta de límites; contribuir a que los niños desarrollen su capacidad de espera; ayudar a la mamá y al papá a que sostenga los límites recalcando siempre que los mismos son tanto para los niños como para los adultos; señalar la actitud en relación a los límites que se van viendo en el “aquí y ahora”; contribuir a que el límite sea entendido, no como castigo, sino como algo que ayuda a crecer; promover el establecimiento de ciertos ritmos cotidianos; y establecer el límite no sólo con la palabra sino desde la acción.

Socialización: desarrollar y fortalecer la autonomía de cada niño ayudando al desprendimiento progresivo del niño y su madre; ayudar a discriminar al niño de su mamá contribuyendo a diferenciar los intereses y necesidades de los adultos y de los niños sobre todo en relaciones que aparecen como muy simbióticas e indiferenciadas; y facilitar un espacio de socialización sobre todo para aquellos niños más pequeños que no tienen otros espacios donde estén en contacto con otros niños.

Aunque relacionadas con los ejes anteriormente expuestos, otras intervenciones que se realizan no se corresponden tan directamente con ellos y pueden ser detalladas del siguiente modo: sugerir consultas (al médico, al dentista, al oculista, etc.) que se evidencian como necesarias desde una mirada integral de la salud; escuchar y legitimar las necesidades de los grandes para que, sintiéndose aliviados y sostenidos ellos, puedan sostener a sus hijos; favorecer el movimiento autónomo en los niños más pequeños; ayudar a conocer “lo esperable” en relación al niño según la etapa evolutiva que está atravesando (control de esfínteres, lenguaje, tiempo de concentración, posibilidad de jugar con otros niños, tipo de juguetes, etc.) sin por ello desconocer la singularidad de cada uno; ayudar a diferenciar las conductas que parecen tener que ver más con caprichos de aquellas que el niño no puede manejar; promover la existencia de espacios y momentos de juego en la casa (dibujo, agua, cuento, disfraces, etc.); fomentar que los adultos puedan jugar más con los niños en el espacio de los miércoles y en la casa, que estén más con ellos, que los puedan mirar más; animar a que los adultos sigan al niño en el juego y no tanto que el adulto proponga a qué jugar; señalar contradicciones entre “lo que se dice” y “lo que se hace”; e ir creando el espacio psíquico para recibir a los bebés que están por nacer;

Asimismo, las estrategias de intervención que se implementan están orientadas a: intervenir en el vínculo tal y como va surgiendo en el aquí y ahora; crear las condiciones para que la propia familia encuentre sus recursos saludables haciendo hincapié en lo saludable y no en lo patológico; alentar a los adultos para que tengan sus propios espacios; favorecer la creación de un espacio

comunitario donde socializar el malestar; y trabajar lo terapéutico y lo individual desde un encuadre bien definido.

Estas distintas estrategias de intervención se ponen en marcha desde la misma distribución del espacio y de los elementos, desde el juego y desde la utilización de la palabra entendiéndose también como estrategias de intervención básicas la escucha y la observación.

Un punto esencial aquí es considerar que la idea es que estas distintas intervenciones sean planteadas en tanto hipótesis o preguntas que abren y hacen apuestas de sentidos pero sin “adiestrar”, sin normatizar, sin juzgar.

Respecto a la **participación de las familias** podemos decir que, la cantidad de familias y personas que participaron fueron: en el año 2011, diecisiete (17) familias que implicaron cuarenta y siete (47) personas; en el año 2012, diecisiete (17) familias que implicaron cincuenta y ocho (58) personas; y, en el total del período, treinta y un (31) familias -ya que tres de las familias participaron los dos años- que implicaron noventa y cuatro personas –ya que once de las personas participaron los dos años.

Si bien aquí hemos realizado una cuantificación de las familias que participaron, es necesario decir que la tarea que se realiza buscar ser, sobre todo, personalizada y dirigida a la especificidad de cada familia. En ese sentido, no vale tanto la cantidad en sí misma sino la cualidad del trabajo que se hace con cada núcleo familiar. Se trata de un trabajo que no apunta a ser significativo a nivel cuantitativo sino cualitativo.

Estas familias que participaron en el dispositivo presentaron en la mayoría de los casos, aunque no en todos, dos características relevantes: la ausencia permanente o la presencia discontinua de una o ambas figuras significativas (madre o padre) sea por separación, abandono, no reconocimiento, muerte, etc.; y la presencia de vínculos en los que hay, en mayor o menor medida, algún grado de violencia.

Respecto a **qué consideran ayuda participar en Arco Iris**, fueron saliendo las siguientes consideraciones: a abordar múltiples problemáticas que van emergiendo en la dinámica grupal y desde el “aquí y ahora” de los vínculos que se van dando; a mejorar el trato dentro de la misma familia y, especialmente, con los niños; a hablar más, a gritar menos y a no pegar; a organizarse mejor y aprender a esperar; a mejorar la comunicación entre adultos y niños; a poder entendernos más con los chicos y prepararnos un poco más como adultos; a conocer más a los niños y a jugar más con los propios hijos; a que el chico se exprese en lo que le está pasando y a escuchar a los chicos y estar más atentos a sus necesidades; a criar mejor a los hijos y a ponerle límites; y a separarse un poco cuando las relaciones son muy simbióticas o de mucho pegoteo.

Asimismo, participar de Arco Iris ayuda a cuidar los propios espacios y defenderlos sin agresividad; a aprender responsabilidades y a cuidar el propio cuerpo; a valorarse más a sí mismo y a fortalecerse; a sentirse más acompañado y contenido; a ver que otros también, a pesar de tener problemas, pueden salir adelante; a sentirse bien y a estar mejor; a cambiar actitudes; a compartir y a poder estar con otros; y a generar y crear en conjunto herramientas subjetivas que protegen a los más pequeños.

Respecto a los **alcances, potencialidades y logros** del dispositivo fueron surgiendo las siguientes consideraciones: los cambios positivos en quienes participan y la observación y detección de algunos signos en los niños y en las familias a los cuales estar atentos; el poder usar algunos elementos de Arco Iris en el trabajo en el consultorio de psicología y otros espacios cotidianos de trabajo dentro del centro de salud; el ser un espacio grupal que facilita algunos procesos que a nivel individual no se dan o cuesta más que se den; la recreación de un espacio más “natural” del niño y su familia; y el constituirse tanto en un espacio de socialización para los más pequeñitos como en un lugar de encuentro para las familias.

Otros alcances señalados fueron: el poder compartir un momento de juego entre padres y niños – a veces el único- donde puedan escucharse más; los intercambios entre las familias más allá del encuentro semanal en el centro de salud; los intercambios y las intervenciones entre los mismos padres y entre los mismos chicos a partir del espacio compartido que se genera entre las familias; el alivio que sienten los papás al ver que otros chicos, y no sólo sus hijos, tienen dificultades; la continuidad en el acompañamiento de procesos familiares; y el poder acompañar, en un mismo tiempo y espacio, aunque de manera específica y particular, a varias familias.

De igual modo, otras potencialidades de esta modalidad de trabajo que se señalaron fueron: el ser un espacio en el que tanto el equipo como las familias se sienten cómodos lo que facilita la participación de todos; la apropiación que las familias van haciendo del espacio; el facilitar la inclusión de los padres en el tratamiento de los hijos; el poder invitarlos reiteradamente sin generar demasiada presión; el haber ido incorporando más elementos de trabajo (mesita, sillitas, juegos, plastilinas, agua, tizas, teatrillo, títeres, telas, etc.) y otros rincones (como el del agua); el que Arco Iris se haya constituido en un espacio de referencia para las familias más allá de las personas que estén; y que sea un espacio con el que las familias sepan que pueden contar.

Asimismo, otros logros del dispositivo que se mencionaron fueron: la transmisión e invitación al dispositivo que van realizando las familias “de boca en boca”; el que hayan ido ampliándose las fuentes de derivación tanto dentro del equipo de salud como hacia afuera; la relevancia comunitaria y sanitaria del dispositivo y la inserción también en otros espacios sociales y comunitarios; el poder realizar esta experiencia dentro del sistema público de salud como parte de nuestra tarea cotidiana y la articulación que se puede ir haciendo del trabajo clínico y la perspectiva comunitaria.

Por último, se mencionaron como alcances de esta experiencia: el haber ido incorporando no sólo los principios teóricos de la experiencia de Casa Verde sino ir integrando otros enfoques que van circulando dentro del sistema de salud neuquino lo que ha alentado con más fuerza la inclusión de bebés más pequeños y el trabajo con las mamás que vienen y están embarazadas; y la posibilidad de crear de manera conjunta y participativa herramientas subjetivas que protejan a los más pequeños sin que haya algo impuesto desde el principio.

Entre los **límites y desafíos** del dispositivo se mencionaron: situaciones que exceden las posibilidades de Espacio Arco Iris; la cantidad de familias que pueden ser invitadas a los encuentros semanales; los aspectos de la familia y del niño que no cambian respecto al motivo de consulta o situación inicial; el no poder trabajar algunos temas más íntimos o profundos; el poco seguimiento que en general se puede realizar a las familias fuera del espacio de encuentro semanal; y la distancia geográfica y la falta de tiempo para participar.

Otros límites que se señalaron fueron: el carácter asistencial de las políticas públicas y una lógica institucional que, más allá del discurso a favor de la prevención y la promoción de la salud, prioriza lo asistencial; falta de mayor conocimiento y compromiso desde las autoridades; algunas relaciones de poder y competencia dentro del equipo de salud; la participación intermitente de algunos miembros del equipo y el tener que suspender a veces la actividad según las ausencias; el poco cuidado, desde el propio equipo, del tiempo y el espacio asignado a la tarea, o que, cuando este espacio se cuida, ello implique una recarga para el personal que lo hace.

Asimismo, se mencionaron como límites los siguientes: el que haya a veces muchas familias y pocos miembros del equipo o, al revés, que haya muchos miembros del equipo y pocas familias; falta de mayor formación y de espacios de supervisión; la realización de intervenciones que apuntan mucho a “lo consciente”, a “lo directivo”; el espacio físico que se hace pequeño y que debe ser armado y desarmado cada vez; el funcionar en un solo turno dificultando la participación de las familias que no pueden asistir ese día y horario o de niños que van en ese turno al jardín o a la escuela; el no incluir a niños más grandes y a familias gestantes; y la falta de un registro más sistemático.

Por último, algunas **sugerencias** que fueron surgiendo en función de mejorar el funcionamiento del dispositivo fueron: repensar algunos momentos del dispositivo, especialmente la bienvenida y el ejercicio final con los límites para que sean más dinámicos y se adecuen más a las necesidades de los niños más pequeños; tener un espacio más amplio y con más disponibilidad horaria; y agregarle más juegos que tengan que ver con la realidad comunitaria como hemos hecho en algunas jornadas especiales

Asimismo se propuso: que todos los miembros del equipo podamos hacer intervenciones concretas; promover más el diálogo entre los mismos padres; que siempre estén los mates para compartir; incluir algo de alimentación sana dentro del encuentro; que el dispositivo pueda incluir a niños un poco más grandes, también a familias gestantes; que pueda funcionar en un turno más que abarque el horario de la tarde; realizar un mayor seguimiento de las familias; organizar más espacios similares a éste; y que distintos agentes de salud puedan seguir haciendo pasantías por la experiencia.

Para finalizar podemos decir que la experiencia de Espacio Arco Iris y con más precisión, la experiencia de Casa Arco Iris en Neuquén, si bien toma sus fundamentos de Casa Verde de Françoise Doltó y de Casa Verde Buenos Aires, tiene matices específicos relacionados con la realidad local y, sobre todo, con su inserción en el sistema de salud público de la provincia.

Esta inserción del dispositivo en el sistema de salud público es clave para entender el carácter psicoterapéutico y la dimensión asistencial –y no sólo preventiva- que, a diferencia de Casa Verde, adquiere Espacio Arco Iris. Asimismo, dicha inserción ayuda a comprender la articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria.

Tomando en cuenta todo lo anterior, y siguiendo criterios valorativos, de pertinencia, de eficacia y de eficiencia, consideramos que ***Espacio Arco Iris, en tanto espacio psicoterapéutico y experiencia de “acompañamiento a la crianza para el ser en libertad”*** (Equipo Arco Iris, 2009) ***constituye en una “buena práctica” de asistencia y prevención en salud mental dirigida a la atención de niños pequeños y sus familias que articula el trabajo clínico con la perspectiva comunitaria, por las siguientes razones:***

Por su relevancia comunitaria: ya que se trata de un dispositivo que es conceptualizado como una nueva estrategia de prevención de la violencia que brinda asistencia y realiza acciones de prevención en situaciones de violencia familiar dentro de un contexto comunitario donde la violencia es una problemática prevalente. Espacio accesible a las familias por la proximidad geográfica del centro de salud a la casa de las personas que asisten y por la posibilidad que tienen las familias de asistir con todos sus hijos donde se promueven buenas prácticas que humanizan y previenen las violencias.

Por su relevancia sanitaria: ya que la misma permite vehicular la elevada demanda de consulta psicológica relacionada a niños que llega al centro de salud en una comunidad donde, la mayoría, son niños pequeños. Asimismo, posibilita chequear la urgencia en algunas intervenciones que no es posible cuando la demanda no satisfecha es incorporada a una lista de espera y genera un impacto que abarca no sólo al niño sino que llega a los demás integrantes de la familia que participan.

Por lo inédito del dispositivo: ya que, si bien Doltó inició la experiencia de Casa Verde en Francia en 1979, es decir, hace ya varios años, y la experiencia de Casa Arco Iris en Neuquén ya tiene un recorrido importante, en nuestro contexto el dispositivo continúa siendo una práctica novedosa que tiene matices específicos relacionados con la realidad local y, sobre todo, con su inserción en el sistema de salud público de la provincia.

Porque ha resultado viable a través de su inserción en el sistema sanitario público: consideramos que esto ha sido posible porque en este dispositivo confluye “lo asistencial” –dimensión que el sistema de salud prioriza a nivel de sus prácticas - con “lo preventivo” –dimensión que el sistema de salud prioriza desde lo discursivo-. Así, este dispositivo puede pensarse como estrategia dentro del sistema sanitario que asume la Atención Primaria de la Salud como política pública de salud.

Porque se orienta no sólo a la asistencia sino, fundamentalmente, a la prevención a nivel de salud mental ya que trabaja durante etapas primordiales en la estructuración psíquica de las personas.

Porque permite articular el trabajo clínico con la perspectiva comunitaria: ya que brinda asistencia psicoterapéutica permitiendo abordar situaciones familiares con problemáticas prevalentes en la comunidad desde una perspectiva vincular que, sin dejar de ser comunitaria, incluye el trabajo desde lo clínico a la vez que trabaja en función de la prevención de trastornos en salud mental en un espacio que es social-comunitario.

Porque es un espacio generador de bienestar y, por tanto, generador de salud: lo que surge de la valoración que desde el equipo, los pasantes y las familias se ha hecho del dispositivo como un espacio en el que se sienten bien, cómodos, contenidos, etc.

Porque implica un trabajo interdisciplinario y en equipo: entre psicólogos, enfermeros y agentes sanitarios lo que encarna una de las premisas fundamentales del trabajo en Atención Primaria de la Salud.

Por las redes sociales generadas y la inserción comunitaria lograda: a nivel de relaciones personales y de articulación con distintas instituciones e instancias de organización de la comunidad.

Por su sostenimiento en el tiempo: ya que, desde que se inició en enero de 2011, más allá de algunas interrupciones puntuales, ha mantenido su continuidad en el tiempo.

Por su relevancia a nivel de la política pública provincial: porque confluye con los postulados del Plan Provincial de Salud Mental el cual asume la APS como eje prioritario así como también promueve articulación entre APS y Salud Mental con el propósito de brindar respuestas humanizadas e integrales a la nueva realidad sanitaria de la provincia; y con los lineamientos de la Nueva Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años la cual considera la incorporación de herramientas subjetivas que protegen dentro de las prácticas sanitarias con niños.

Por su relevancia a nivel de la política pública nacional: ya que se encuentra en sintonía con la prioridad dada al trabajo con la Primera Infancia, los principios de la Ley Nacional de Salud Mental, en sintonía y con el perfil comunitario y el énfasis en la Atención Primaria de la Salud que la Dirección Nacional de Salud Mental está promoviendo. En relación a esto último, entendemos que el dispositivo Espacio “Arco Iris” constituye una interfaz entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria dentro del contexto de la APS.

Para finalizar, podemos decir que, en el contexto del Sistema de Salud Neuquino organizado por niveles crecientes de complejidad, el centro de salud –nivel en el que se inserta Espacio Arco Iris en tanto buena práctica en salud mental - ocupa el lugar de menor complejidad tecnológica pero de mayor complejidad psicosocial (26).

En este marco, la experiencia de Espacio Arco Iris del CAPS Almafuerte puede pensarse como un espacio de articulación entre la Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental a la vez que puede entenderse como una interfaz que hace posible la confluencia entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria. Esto último, sobre todo, porque el mencionado dispositivo permite abordar situaciones familiares con problemáticas prevalentes en la comunidad desde una perspectiva vincular que, sin dejar de ser comunitaria, incluye el trabajo desde lo clínico (27).

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Dado el perfil más bien asistencial del trabajo realizado por los psicólogos que trabajan en los centros de atención primaria de la salud y hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana - evidenciado en la investigación “Caracterización de las estrategias de intervención de los psicólogos en el contexto de la Atención Primaria de la Salud. Estudio descriptivo-cualitativo en los Centros de Atención Primaria de la Salud y Hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén, período 2010, Beca Ramón Carrillo – Arturo Oñativia 2011- junto al énfasis en la Atención Primaria de la Salud busca tener el Sistema de Salud Neuquino, este dispositivo resulta relevante ya que permite articular el trabajo clínico de carácter más bien asistencial –que es la tendencia prioritaria actual- con la perspectiva comunitaria orientada sobre todo a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud –que es la tendencia que busca priorizar la política sanitaria-.

En ese sentido, se considera oportuno realizar las siguientes recomendaciones:

- fortalecer las experiencias de Espacio/Casa Arco Iris actualmente existentes (CAPS Almafuerde, CAPS Progreso, Hospital Plottier y CAPS Parque Industrial) brindando mayor apoyo institucional; facilitando instancias de formación y supervisión específicas para esta tarea; aportando los recursos materiales necesarios; garantizando los espacios físicos imprescindibles, etc.
- contribuir a la multiplicación de esta “buena práctica” haciéndola disponible para otros agentes de salud: promoviendo pasantías de psicólogos y otros agentes de salud del sistema sanitario neuquino en Espacio Arco Iris y en las demás experiencias de Casa Arco Iris actualmente existentes; facilitando la difusión de los contenidos de la presente investigación la cual, además de evaluar el dispositivo, sistematiza los fundamentos y la modalidad de trabajo del mismo; etc.
- facilitar la continuidad de procesos de investigación evaluativa de este y otros dispositivos similares a fin de fortalecer el conocimiento de su implementación y evaluar los impactos producidos.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Siendo Espacio Arco Iris un dispositivo de base psicoanalítica en el que, a la vez, confluyen aportes provenientes, entre otros, de la perspectiva sistémica del niño y la familia, y teniendo en cuenta que -según lo evidenciado por la investigación “Caracterización de las estrategias de intervención de los psicólogos en el contexto de la Atención Primaria de la Salud. Estudio descriptivo-cualitativo en los Centros de Atención Primaria de la Salud y Hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén, período 2010, Beca Ramón Carrillo – Arturo Oñativia 2011- la mayoría de los psicólogos que trabajan en la Zona Sanitaria Metropolitana tienen formación psicoanalítica de base o formación sistémica, se considera sumamente oportuno poner a disposición esta “buena práctica” ya que ella se vería beneficiada por la formación teórica que actualmente tiene el recurso humano específico que se necesita para el sostenimiento y multiplicación de la experiencia.

No obstante ello, por tratarse de un dispositivo específico que necesita ser conocido desde su particularidad, y por ser la formación permanente y la supervisión una necesidad prioritaria en el trabajo dentro del campo de la salud mental y de Espacio Arco Iris en particular, se considera necesario no sólo facilitar espacios de formación que podrían estar a cargo de los profesionales que, desde hace años, vienen llevando adelante esta experiencia, sino promover espacios de supervisión de las experiencias actualmente existentes y las que se pongan en marcha. En ese marco, la presente investigación serviría como insumo para la formación del recurso humano necesario para multiplicar la experiencia.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Se considera relevante dar continuidad a la investigación evaluativa iniciada en este dispositivo en función de tener un seguimiento continuo a lo largo del tiempo que permita profundizar la mirada acerca del funcionamiento del mismo y de los impactos producidos a nivel de asistencia y prevención de salud mental y en tanto estrategia de prevención de la violencia.

Asimismo, se considera conveniente promover investigaciones evaluativas de otros dispositivos de salud mental orientados a la atención de niños pequeños y sus familias así como también de dispositivos que brinden atención a embarazadas y familias gestantes. Ello debido a que los mismos estarían abordando etapas vitales claves en la estructuración psíquica del ser humano (gestación e infancia) siendo su conocimiento importante para hacer disponibles otras “buenas prácticas” en salud mental –además de la aquí investigada- que podrían contribuir de manera sustancial tanto a la prevención de enfermedades mentales -en general- y de la violencia -en particular- así como también a la promoción de la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burijovich, J. 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; 2011.
2. Nirenberg, O Perrone, N y Moreno, E. Evaluación del sistema público de salud de la Provincia de Neuquén. Neuquén: Centro de Apoyo al Desarrollo Local; Año 2009.
3. Ardila, S. y Stolkiner, A. Estrategias de evaluación de programas y servicios de atención comunitaria en salud mental: consideraciones metodológicas. Congreso Internacional de Investigación en Psicología. UBA; 2009.
4. Aguiriano, V.; Canale, V.; Cervone, N.; Groisman, F.; Paturlanne, E. Las prácticas clínicas y la investigación en un servicio de atención a niños y adultos responsables. Congreso Internacional de Investigación en Psicología. UBA; 2009.
5. Carusi, T. y Slapak, S. 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. Congreso Internacional de Investigación en Psicología. UBA; 2009.
6. Ardila Gomez, S. La perspectiva de los usuarios en la evaluación de servicios de salud mental: Estudio de Caso de un Programa de Externación de Mujeres en la Provincia de Buenos Aires. Tesis para Optar por el Título de Doctora en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús; 2012.
7. Parra, M.A. Evaluación del programa de salud mental comunitaria casa "Arco Iris". Dispositivo de abordaje preventivo-asistencial en salud psicosocial para niños/as de 0 a 6 años y sus familias en el primer nivel de atención. Informe Final. Inédito. Universidad de Flores, sede Comahue; 2011.
8. Sautu, R. Todo es Teoría. Buenos Aires: Lumiere; 2003.
9. Primeros Años. Buenas Prácticas. Tres experiencias destacadas: Chubut, Chavo y San Luis. Programa Nacional de Desarrollo Infantil. Presidencia de la Nación; s/d.
10. Burijovich, J. La investigación cualitativa en la evaluación de programas y proyectos de intervención. Módulo Postgrado Metodología Cualitativa. UNC; 2006.
11. Salazar Villava C. Dispositivos: máquinas de visibilidad. Anuario de investigación 2003 México DF: UAM-X, CSH, Depto. de Educación y Comunicación; 2004. Pp. 291-299.
12. Foucault, M. Saber y Verdad. Madrid: La Piqueta; 1985.
13. Minuchín, S. Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa; 1995.
14. Fushimi, C.F. y Giani, M. 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. Provincia del Neuquén; 2009.
15. Saks, A. Nueva estrategia en la prevención de la violencia. "Casa Verde de los niños". Cuestiones de infancia, 2, 69-77; 1997.
16. Doltó, F. La imagen inconsciente del cuerpo. Buenos Aires: Paidós; 1984.
17. Krombitt A. Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Buenos Aires: Biblos; 2004.
18. Haraway, D. Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza. Madrid, Cátedra, 1995:313-346. Capítulo 7: Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. Pág. 313-346; 1991.
19. Doltó, F. La causa de los niños. Buenos Aires: Paidós; 1985.
20. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE10).
21. Liedloff, J. La importancia de ser llevado en brazos. Apuntes para la Ciudadanía. s/f.

22. Madruga Luzes, E. Ciencias del Inicio de la Vida. Apuntes para la Ciudadanía. s/f.
23. Yannick, F. Françoise Doltó: de la ética a la práctica del psicoanálisis en niños. Buenos Aires: Nueva Visión; 1990.
24. Sluzki, C. La red social: la frontera de la práctica sistémica. Capítulo II: La red social: proposiciones generales. Barcelona: Gedisa; 1996.
25. Speck, R. y Attneave, C. Redes Familiares. Buenos Aires: Amorrortu; 1973.
26. Pedraza, M., Marcus, A. y Sanchez, M. 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, Patagonia. Argentina. Inédito; 2006.
27. Stolkner, A. y Solitario, R. Atención Primaria de la Salud y salud mental: la articulación entre dos utopías. En Marceira, D. compilador (2007). Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios. Buenos Aires: Paidós; 2007.