

XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

La práctica del fútbol como herramienta de investigación psico-social: estudio cuali-cuantitativo de interacciones y roles entre los usuarios del Hospital Psiquiátrico Dr. Néstor M. Sequeiros. Provincia de Jujuy.

Luciana Alba, Natalia Beisa, Silvana Gallo Fugaza, Francisco Guzmán y Jorge Luis Luna.

Cita:

Luciana Alba, Natalia Beisa, Silvana Gallo Fugaza, Francisco Guzmán y Jorge Luis Luna (2015). *La práctica del fútbol como herramienta de investigación psico-social: estudio cuali-cuantitativo de interacciones y roles entre los usuarios del Hospital Psiquiátrico Dr. Néstor M. Sequeiros. Provincia de Jujuy. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/956>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

TÍTULO

LA PRÁCTICA DEL FÚTBOL COMO HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN PSICO-SOCIAL: ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO DE INTERACCIONES Y ROLES ENTRE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. NÉSTOR M. SEQUEIROS. PROVINCIA DE JUJUY.

Luciana Jimena Alba. Hospital “Dr. Néstor Sequeiros”. Correo electrónico: luchixs15@hotmail.com

Natalia Lujan Beisa. Hospital “Dr. Néstor Sequeiros”. Correo electrónico: naty_286@hotmail.com

Silvana Gallo Fugaza. Hospital “Dr. Néstor Sequeiros”. Correo electrónico: sfugaza@hotmail.com

José Francisco Guzmán. Hospital “Dr. Néstor Sequeiros”. Correo electrónico: franp_guzman@hotmail.com

Jorge Luis Luna. Hospital “Dr. Néstor Sequeiros”. Correo electrónico: jll_10_@hotmail.com

RESUMEN

La presente investigación describe y analiza modalidades de interacción psicosocial expresados a través de un Programa de Fútbol con usuarios con padecimientos mentales.

Las escasas interacciones psicosociales entre los usuarios del hospital nos convocó al estudio de los recursos que intervienen en estas interacciones a fin de contribuir a la reinserción en la comunidad. Para ello analizamos: componentes expresivos de las interacciones, adhesiones a las reglas del juego, y regularidades de los pases de pelotas dados y recibidos.

Tomando un enfoque metodológico mixto, se construyó la información registrada in situ a través de técnicas como la observación participante durante los cotejos futbolísticos intra-hospitalarios, anotaciones en cuadernos de campo, registros fílmicos de partidos; historias clínicas de participantes, entrevistas abiertas y cerradas a usuarios y profesionales tratantes.

Los encuentros futbolísticos posibilitaron en los pacientes lo que otras actividades no alcanzaban por sí mismas: participación activa, reconocimiento entre ellos, interrelaciones antes y después de la actividad, dilatación momentánea de la diferencia paciente-terapeuta sin ser esto desfavorable.

Esta investigación, aún en desarrollo, permite analizar y reflexionar sobre la práctica de fútbol como un poderoso vehículo de socialización que estimula el ejercicio de habilidades sociales para la futura re-inserción de los pacientes en la comunidad.

Palabras clave: Interacciones sociales – Salud mental -Fútbol

PRIMERA PARTE

PLANTEO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia, el padecimiento mental ha sido tratado de diferentes formas, desde el encierro, la marginación y baños de agua fría hasta novedosas intervenciones neurológicas, psicoterapéuticas y farmacológicas. Hoy en día estas estrategias resultan insuficientes para el abordaje de las diferentes patologías mentales y esto se evidencia en la dificultad que los usuarios presentan a la hora de reinsertarse en la sociedad (Guinea Roca, 1997). Para su abordaje es necesaria una atención adecuada e integral que abarque el tratamiento del trastorno y la rehabilitación social.

En la actualidad, el paradigma de intervención en Salud Mental apunta a la rehabilitación psicosocial de los pacientes, es decir que aquel que ha padecido o padece algún trastorno mental logre insertarse socialmente, en la comunidad a la que pertenecen. (Guinea Roca, 1997). En la Argentina este paradigma se ha visto fuertemente impulsado por la nueva ley de Salud Mental, la cual promueve un proceso de cambio dirigido hacia el trabajo interdisciplinario y la rehabilitación psicosocial, por lo que nos encontramos ante la necesidad de generar conocimientos a partir de esta investigación que puedan devenir en herramientas favorables para su posterior aplicación.

En el Hospital “Dr. Néstor M. Sequeiros”, desde el marco de esta Ley, nos encontramos en la búsqueda de abordajes que respondan a las necesidades de los usuarios, ya que se evidencia que a los mismos se les dificulta la posibilidad de realizar actividades en grupo, suelen tener una disposición pasiva durante las jornadas permaneciendo sentados en un lugar o acostados en las camas; por fuera de la institución no realizan actividades sociales, se han alejado de sus amistades y generalmente la relación con la familia se ha vuelto conflictiva.

Esto provoca consecuencias de un ocio de baja calidad que se suma a la presencia de determinados factores como la tendencia al aislamiento, las dificultades para disfrutar, falta de motivación e interés en general, baja autoestima y percepción de déficit de habilidades sociales (Gilberst Aguilar, 2003).

Así mismo, cuando evaluamos las causas de re-internación, las descompensaciones, recaídas, agravamiento de síntomas, nos damos con la regularidad de que en la mayoría de los casos se deben por haber abandonado el tratamiento ya que no tienen familiares que los apoyen, los vecinos los rechazan o les temen y no han encontrado un trabajo o un qué hacer por fuera del Hospital. De hecho, muchos de los usuarios, y así lo expresan ellos, se sienten mejor y más cómodos dentro del Hospital.

La nueva Ley de Salud Mental, introduce modificaciones en el sistema de atención, dando lugar a una progresiva transformación funcional, buscando sustituir los mecanismos tradicionales de exclusión de las personas con padecimiento mental. De esta manera se legalizan alternativas de sustitución a los modelos cuestionados, mediante diferentes dispositivos terapéuticos y sociales. Desde este marco se concibe a la enfermedad mental

desde su integralidad, promoviendo medidas tendientes a la inclusión social de quienes padecen este tipo de dificultades.

El padecimiento mental presenta problemas complejos que no se reduce a la sintomatología psicopatológica sino que afectan también el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad (Gilberst Aguilar, 2003).

Algunos de estos problemas pudimos explorarlos desde el Fútbol en tanto juego recreativo, ya que el mismo representa una actividad que adquiere un valor paradigmático en nuestra sociedad. Como observaremos más adelante, dentro de la cancha se borran momentáneamente las jerarquías, las clases sociales, los lugares de poder, configurándose lo que podríamos llamar un nuevo orden social, donde es necesario para jugar interactuar con los otros y establecer roles de acuerdo a las posiciones asumidas en el campo de juego.

Al igual que en el fútbol, en la sociedad aquel que no responde a las reglas queda excluido de la misma, esto sucede con las personas que sufren algún padecimiento mental. Por ello, un juego como el fútbol pudo favorecer el ejercicio de adecuarse a las reglas establecidas y reforzar y/o modificar roles “esperables” para “sobrevivir”, desplazando este aprendizaje al afuera de la cancha.

La dinámica dentro del campo de juego, nos permitió observar particularidades en los pases de pelota, funciones dentro del campo de juego, y el acatamiento a las reglas para determinar la forma que dichos usuarios tienen a la hora de relacionarse con el otro (su par en el juego). Esta información nos aportó mayor conocimiento sobre la modalidad de interacción social dentro de un contexto hospitalario.

Por otro lado, pudimos ir observando si los componentes expresivos en contextos de interacción, es decir, gestos, miradas, posturas, saludos, etc., evolucionan de forma positiva en tanto permiten un cambio conductual de los usuarios permitiéndoles un mayor contacto con su grupo.

Sostenemos que el presente Programa de fútbol proporcionó la oportunidad para observar una experiencia posible en relación a “*el reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales*”, especificada en el artículo 9 de la nueva Ley de Salud Mental (Ley 26.657, 2010, pág. 18).

OBJETIVOS

Objetivo Generales.

Describir y analizar modalidades de roles e interacción psicosocial expresados a través de la aplicación de un Programa de Fútbol que tendrá lugar entre Enero y Agosto del 2015 entre usuarios con padecimientos mentales en el Hospital “Dr. Néstor M. Sequeiros”.

Objetivos específicos

Describir y analizar a partir del Programa de Fútbol entre Enero y Agosto del 2015 en los usuarios con padecimientos mentales en el Hospital “Dr. Néstor M. Sequeiros”, las

continuidades y diferencias en los componentes expresivos en contexto de interacción de los usuarios.

Analizar y describir las respuestas a las reglas establecidas del juego entre usuarios con padecimientos mentales en el Hospital “Dr. Néstor M. Sequeiros”.

Observar, registrar y mapear gráficamente las regularidades en los pases de pelota entre los usuarios con padecimiento mental que participan del Programa de Fútbol que tendrá lugar entre Enero y Agosto del 2015 en el Hospital “Dr. Néstor M. Sequeiros”.

MARCO TEÓRICO

En la siguiente exposición teórica se detallará el concepto de interacciones sociales desde un enfoque sociológico, resaltando la importancia del lugar en el que realizaremos nuestra investigación como contexto.

Articularemos diferentes conceptos con la Ley de Salud Mental N° 26657. El lugar y efecto del ocio en personas que padecen enfermedades mentales. Se continuará con la definición sobre juego, y específicamente el fútbol en relación a la salud, así como sus potenciales beneficios a nivel de intervención desde el punto de vista social y psicológico.

Seguidamente se referirán las dinámicas grupales durante la práctica futbolística desde los desarrollos de la Psicología Social de Pichón Rivièrè.

Goffman inicia sus teorizaciones sobre interacción social tomando el significado original de la palabra persona, como mascara, este hace referencia al hecho de que cada uno de nosotros desempeña un rol en la sociedad y en estos roles es donde nos conocemos mutuamente y nos reconocemos a nosotros mismos, un ámbito de presencia cara a cara. Es decir, que esta mascara es nuestro si mismo más verdadero (Goffman, 2006).

En toda situación social el actor tendrá que optar consciente o inconscientemente por una representación de rol y lo hará según sus motivaciones personales, de la específica situación de interacción y de los valores y las normas sociales que dan a una y otra alternativa una mayor dignidad moral y social.

Entonces la actuación de una rutina se presenta a través de su fachada, esto constituye una forma de socialización, moldear y modificar una actuación para adecuarla a la comprensión y expectativas de la sociedad en la cual se presenta. El proceso de socialización da lugar a la tendencia de los actuantes a ofrecer a sus observadores una impresión idealizada, cuando un individuo se presenta ante otros, su actuación tenderá a incorporar y ejemplificar los valores acreditados de la sociedad; cuando un individuo presenta conductas que no son reconocidas socialmente suele ser considerado como desviado (Goffman, 2006).

La vida social posee componentes expresivos, estas son fuente de impresiones dadas a otros o recibidas por otros. Las impresiones son consideradas como una fuente de información acerca de hechos no manifiestos y como medio a través del cual los receptores pueden

orientar sus respuestas al informante. Por lo tanto, la expresión fue considerada en función del papel comunicativo que desempeña durante la interacción social.

La interacción social se encuentra constituida de relaciones, acuerdos y compromisos frágiles, causales y extra-temporales; se rige en un estado articulado y persistente de normas, reglas y rituales (Goffman, 2006).

El orden de interacción y el orden social van a depender de la interiorización por parte de los individuos de los valores y las normas que fluyen desde las instituciones centrales de la sociedad.

En las instituciones al igual que en la sociedad, las interacciones sociales son establecidas por un ordenamiento y una organización que determina la vida de los usuarios. Los establecimientos sociales, son aquellas instituciones rodeadas de barreras establecidas para la percepción, en donde se desarrollan de modo regular un tipo especial de actividad.

Goffman nos enseña sobre las características de las instituciones totales, en primer lugar explica que son espacios de residencia y trabajo donde un gran número de personas en situación similar, son aislados de la sociedad por un tiempo determinado, comparten el encierro a través de rutinas controladas y administradas formalmente. Define cinco tipos y uno de ellos son los hospitales psiquiátricos donde se encuentran sujetos incapaces de cuidarse a sí mismos y a la vez representan un riesgo para sí y/o para terceros (Goffman, 2007).

Estas instituciones totales logran determinar actividades regulares, son absorbentes en cuanto al tiempo, y separan a los individuos de su cotidianidad en la sociedad, producen ordenamientos básicos, llevadas a cabo a través de pautas diferentes a como solían hacerlo antes, ejemplos de ello serían el dormir, el trabajo interrumpido, la modificación en la dinámica de vida familiar.

El futuro interno trae consigo una concepción de sí mismo y una cultura de presentación, ni bien cruza estas paredes comienza la mutilación del Yo, se lo despoja del rol que cumplían anteriormente, se les da en cambio una programación del rol, el individuo permite que lo moldeen y clasifiquen. En la admisión se marca una despedida y un comienzo, desposeimiento de toda su propiedad, las cosas que le pertenecen ya no están más, su ropa, su peinado, etc., van sufriendo una desfiguración personal, llamativamente esta imagen deplorable es la que la sociedad está acostumbrada a evitar (Goffman, 2007)

El concepto de paciente mental, desde esta perspectiva, abarca solo a aquellas personas en las que se ha alterado su destino social mediante el proceso de hospitalización psiquiátrica (Goffman, 2007).

Es conveniente mencionar desde un enfoque psicológico la conceptualización de los términos salud mental - padecimiento mental. Existen distintas definiciones, utilizaremos aquellas que sirvan a nuestros fines.

En el marco de la ley N° 26657, la salud mental es definida en el artículo 3° "... como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción

social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley 26.657, 2010, pag. 9).

Desde esta posición las personas con padecimiento mental son aquellas que se encuentran afectadas por alguna enfermedad mental. En personas que padecen una enfermedad mental severa se suele observar tendencia al aislamiento, dificultades para disfrutar, falta de motivación e interés en general, baja autoestima y percepción de déficit de habilidades sociales; y si a esto sumamos un exceso de tiempo libre obtenemos una especie de ocio inevitable y nocivo.

Investigaciones novedosas insisten en la importancia que tienen las actividades estructuradas y satisfactorias de ocio para la evolución del padecimiento mental, se reducen significativamente diversas conductas patológicas, se otorga sentido a programas de rehabilitación, las motivaciones y expectativas del paciente sobre su enfermedad mejoran (Gilberst Aguilar, 2003).

Así mismo, se considera importante trabajar con grupos pequeños y homogéneos, que sirvan para fomentar la opinión y participación de usuarios en actividades de organización y desarrollo. Actualmente en distintos lugares se han realizado programas donde la principal actividad, es la actividad física, donde se puede observar que dicha actividad tiene efectos positivos. El fútbol además de ser un deporte, es un juego que no solo ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes sino que permite generar mayores interacciones entre los mismos.

El juego es algo que va más allá del puro placer por la descarga, es un verdadero campo de aprendizaje. En el fútbol por ejemplo existen reglas preestablecidas que sus participantes deben respetar, el sistema de comunicación debe ajustarse, el entrenamiento tiene objetivos claros sobre evolución; de esta manera se constituye un ámbito ideal para el desarrollo de tres actitudes básicas en todo grupo social (equipo): pertenencia, cooperación y pertinencia (Pichon-Rivière & Quiroga, 1985).

Entonces, el fútbol como deporte y juego se trata de un hacer grupal que apunta a un objetivo no azaroso, tiene una tarea específica que se concreta en un gol-triunfo, así surge la operatividad de interacción entre los participantes, estructurada bajo la base de una constelación de necesidades – objetivos – tarea.

Es un hacer grupal donde existe comunicación (pase) y aprendizaje, permite el reconocimiento de sí y del otro, se da así un inter-juego que da lugar a la presencia y la respuesta, donde un otro es incluido y anticipado en una orientación mutua (Pichon-Rivière & Quiroga, 1985).

ANTECEDENTES

Actualmente coexisten diversos desarrollos teóricos que han presentado los beneficios de la actividad deportiva. Los valores transmitidos a través del deporte contribuyen a desarrollar el conocimiento, la motivación, las capacidades y la disposición para el esfuerzo personal. La participación en un equipo, los principios como el juego limpio, el cumplimiento de las reglas del juego, el respeto de los demás, la solidaridad y la disciplina, así como la organización de deportes no profesionales por parte de clubes sin ánimo de lucro y sobre una

base de voluntariado refuerzan la ciudadanía activa. (Comisión de las Comunidades de Europa, 2007)

En las últimas décadas se han realizado investigaciones que involucran la práctica deportiva específicamente en poblaciones con trastornos mentales o enfermedades no transmisibles, y sus consecuencias en la salud.

En España (Cangas, Gallego, & Navarro, 2014) una investigación llamada “Estigma, Deporte y Salud” pretende modificar hábitos de vida, a través de la práctica diaria continuada del deporte y la actividad física, muy comunes hoy en día en personas con Trastorno Mental Generalizado como son el sedentarismo y el aislamiento social. También tiene como objetivo la inclusión social mediante la realización de las actividades en un ambiente normalizado y con la realización de estas actividades conjuntamente con otras personas sin enfermedad mental (estudiantes, monitores, voluntarios, etc.). En los resultados obtenidos, observaron una mejoría tanto a nivel físico como psicológico.

Es aún más reciente el interés de los estudios centrados específicamente en relación a la práctica futbolística y sus efectos a nivel psicosocial en el campo de la Salud Mental.

Fabrizio Carballo Pozzo Arizzi describe la existencia de un programa de fútbol llevado adelante por Rafaelli en Italia que tiene por objetivo, favorecer la rehabilitación social, física y emocional de los pacientes con esquizofrenia, llegando a formar 50 equipos diferentes de pacientes disputando campeonatos y torneos por toda Italia (FIFA, s.f.). Así mismo, en nuestro país, Pozzo Ardizzi realiza una réplica de la actividad desarrollada en Europa, en dónde se observan beneficios en relación al tratamiento de la psicosis: mayores relaciones sociales entre pacientes, beneficios terapéuticos al introducir ciertas leyes en estas patologías, y una mejor disposición de los usuarios hacia los profesionales que jugaban junto a ellos (Pozzo Ardizzi, 2010). Este trabajo constituye un antecedente en Argentina de un programa de Fútbol que integra usuarios con patologías psiquiátricas, obteniendo beneficios al respecto.

Se presenta durante los últimos años, un creciente interés en el estudio del deporte y su relación con la Salud. Habiendo sido demostrado su beneficio para la población general, en el campo de la Salud Mental y de los padecimientos mentales, son escasas las investigaciones realizadas. Sin embargo las experiencias que se encuentran como antecedentes, han obtenido en sus resultados beneficios para sus participantes, incluyendo factores relevantes para la reinserción social. Se observa un campo poco explorado, pero con mucha potencialidad para su estudio.

METODOLOGÍA

Ámbito de estudio.

La presente investigación transcurre en el Hospital “Dr. Néstor Sequeiros”, ubicado en la calle Ecuador 55 del Barrio Mariano Moreno en la ciudad de San Salvador de Jujuy. Dicho Hospital aborda el diagnóstico y tratamiento de diferentes padecimientos mentales a través de dispositivos donde intervienen profesionales de diversas disciplinas. Cuenta con servicio de psiquiatría, psicología, nutrición, odontología, clínica médica, neurología, enfermería,

servicios ambulatorios, internación, hospital de día, grupos psicoterapéuticos, entre otros. En el hospital actualmente se encuentran internados, 13 mujeres y 18 varones. Así mismo bajo la modalidad de hospital asisten alrededor de 25 personas.

El Programa se desarrolla en un espacio con césped al aire libre que cuenta con dos arcos, dicho lugar se ubica dentro del hospital y cuenta con aproximadamente 30 por 20 metros. Este terreno queda alejado de las instalaciones que los pacientes utilizan con más frecuencia y su uso es poco común.

Tanto los pacientes de Hospital de día, como los de internación pueden transitar ese espacio y se encuentra disponible y en buen estado para poder poner en práctica el Programa.

El presente equipo de investigación se encuentra realizando la Residencia en Psicología Clínica y Comunitaria y cuenta con acceso a las instalaciones y con el apoyo de la dirección del Hospital para la realización de la investigación.

Tipo de estudio y diseño.

Esta investigación se lleva a cabo mediante un paradigma dialéctico, desde un diseño mixto (cualitativo y cuantitativo); de tipo exploratoria y descriptiva.

El paradigma dialectico tiene como característica principal el hecho de ser crítico y reflexivo a partir de la práctica directa, nos dio la posibilidad de una visión global de la realidad, es decir, que se abordó nuestro objeto de estudio desde una manera holística, formulando juicios críticos a partir de la reflexión constante, sobre la información que se fue recabando (Taylor & Bodgan, 1998).

Este diseño mixto nos permite generar y contrastar una serie de categorías teóricas a partir de las observaciones, respondiendo así a un más amplio rango de cuestiones de investigación. El diseño mixto permite que los investigadores puedan hacer uso de las fortalezas de un método adicional para superar las debilidades de otro método usando ambos métodos en un estudio, se pudo proporcionar evidencia más fuerte para una conclusión mediante la convergencia y corroboración de los hallazgos y se usó para incrementar la generalizabilidad de los resultados (Castro & Gordino, 2011).

Se estableció una modalidad longitudinal adoptando un criterio prospectivo, contando con un año de duración, donde se realiza un seguimiento del programa y de sus participantes para la recolección de datos.

En la recolección de datos se apeló a diversas fuentes y técnicas. Los instrumentos a utilizar son la observación participante cualitativa centrada en los cotejos futbolísticos, el registro de episodios vinculados al juego en cuadernos de campo y/o bitácora, la historia clínica de los participantes y entrevistas en profundidad con los participantes del programa. Paralelamente a este abordaje de corte cualitativo, se desarrollan registros fílmicos sobre los partidos de fútbol diagramados por el programa, con el objeto de establecer la frecuencia de pases de pelota entre los jugadores.

Esta última opción metodológica, nos posibilitará una combinación virtuosa entre las dimensiones cualitativas aportadas por las observaciones, registros, entrevistas a los usuarios; construcciones tipológicas basadas en el rol social de los usuarios, y la frecuencia de pases de

pelota (la mayoría de las veces efectuados de manera mecánica), estableciéndose así un tratamiento estructural de los datos sin perder de vista la visión expresiva y afectiva visualizada a través del juego, y que son inherentes a la perspectiva de análisis cualitativa.

Población y fuentes de información:

Nuestra población-objeto de la presente investigación son el total de usuarios participantes del Programa guiado de Fútbol dentro de la Institución. Actualmente han participado alrededor de 30 personas, algunas con presencia frecuente y otras con participación irregular, esto último se debe a condiciones propias de la atención Hospitalaria (internaciones, altas, derivaciones, etc.). Como criterios de inclusión contamos con todos aquellos que firmen un consentimiento informado y cuenten con un apto médico para el desarrollo de actividades físicas. La exclusión de algún usuario a la investigación se deben a impedimentos físicos, enfermedades o contra indicaciones del equipo tratante

Las fuentes primarias son los datos empíricos registrados a partir del uso de técnicas cualitativas y análisis cuantitativo de la información, mientras que las fuentes secundarias de la investigación están conformadas por los diagnósticos e historias clínicas de los usuarios del programa.

Plan de análisis de los resultados.

El análisis cualitativo de los resultados obtenidos se efectúa en varias etapas. Se inició con el procesamiento de los datos, mediante la tarea de revisar los registros observables y entrevistas.

La primera tarea que se llevó a cabo es la reducción de los datos extraídos de las diferentes técnicas de recolección, es decir, se seleccionó la información para hacerla abarcable y manejable para su posterior análisis.

A partir de esto se realizó un cuadro dividido en notas observables de la cancha, registros fílmicos, expediente institucional del paciente y cambios y continuidades en las pautas de sociabilidad, continuando luego con el análisis de cada una de las entrevistas realizadas a los participantes de nuestra investigación identificar los componentes temáticos de acuerdo a las preguntas realizadas. La disposición y organización de los datos se lleva a cabo con el objetivo de mostrar y disponerlos de una manera organizada.

Los datos de carácter cuantitativo fueron utilizados para establecer correlaciones entre la dimensión cualitativa de la investigación, y aquella información de carácter estructural como lo son las posiciones y vínculos establecidos entre los nodos (jugadores-usuarios), y los pases de pelota (lazos o aristas).

SEGUNDA PARTE

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Expondremos a continuación los principales resultados que se fueron obteniendo hasta el momento, los mismos son confrontados con las teorizaciones trabajadas y nos permiten alcanzar las primeras conclusiones en relación a nuestros objetivos de trabajo. Para la interpretación de los resultados se cruzaron datos de observaciones, entrevistas y registros fílmicos.

Debemos empezar considerando que la propuesta de jugar al fútbol surgió de los propios usuarios, la mayoría practicaban deporte y lo disfrutaban; en general en sus historias personales y de niñez el fútbol adquiere un valor importante de intercambio social, entretenimiento y placer con vecinos o amigos de sus barrios. En relación a este aspecto un número significativo de usuarios asisten únicamente al taller de fútbol, dejando por fuera la asistencia al resto de la oferta de actividades del hospital, por no verse atraídos por otras propuestas.

Ante el programa de Fútbol, insiste en los usuarios la referencia de encontrar dicho espacio como un momento divertido. Esto es determinante para pensarlo como estrategia saludable, ya que en una institución total lo que escasea es la diversidad, lo divertido, predominando lo rutinario, un día igual a otro. Los usuarios reconocen que se trata de “*el día de Fútbol*”, lo cual les permite ubicarlo dentro de la semana aportando así a su propia orientación; mencionan la posibilidad de distracción y abstracción momentáneamente de las preocupaciones psicosociales en las cuales están envueltos. Cada encuentro futbolístico es diferente, introduciendo lo novedoso y rompiendo lo cotidiano, logrando entonces la diversión.

Por otro lado, mencionan los beneficios que encuentran en el ejercicio físico, considerando que no están en buen estado y que en la institución han aumentado significativamente de peso. Cabe destacar que el hospital no ofrece otras actividades que involucren la motricidad gruesa, ni que favorezcan el rendimiento o el aspecto físico. En consonancia con esto, resalta que los usuarios mencionan que durante los partidos “*hacen algo*” frente a la percepción de pasar el día sin ocupaciones y sin actividades placenteras, acentuándose esta situación en aquellos que se encuentran bajo modalidad de internación. Nuevamente vemos los efectos de la institucionalización y el sedentarismo, y debemos agregar también a la medicación psiquiátrica que no solo repercute en los síntomas de las patologías, sino que también tienen sus efectos adversos en el cuerpo, siendo el sobre peso uno de los principales.

Introduciéndonos en los efectos particulares de las instituciones psiquiátricas sobre el yo de los usuarios debemos recordar al estigma, la fragmentación del yo, y como sus consecuencias la exclusión social. Ante esto, nos encontramos con que se destaca en el programa de Fútbol al compañerismo, el reconocimiento y el aliento, tanto de sus compañeros como de los profesionales o personal del hospital.

Es valorado positivamente por los usuarios la participación de los profesionales en el juego, ya sea porque consideran que de esa manera *“es más parejo”* y por el aliento que darían, *“te hacen sentir bien, no importa si sos mal jugador”*.

Relacionado a esto hay un reconocimiento de los usuarios a la participación de una persona externa al hospital, un vecino de la institución, quien es considerado buen jugador y compañero, dado que en los encuentros futbolísticos brinda aliento y felicitaciones a todos los jugadores, afirman como gratificante que esta persona no sea parte del hospital. En los últimos encuentros de fútbol un nuevo vecino se está acercando a participar.

Observamos así, que a la hora de elegir los jugadores para cada equipo, no sólo se selecciona quien tenga habilidades dentro de la cancha, sino también a aquellos que les devuelven algo a nivel de reconocimiento, ya sea alentándolos o estando pendientes y buscándolos para participar de la actividad; algunos jugadores al comenzar el partido tienen registro de quienes faltan en el equipo y se retiran momentáneamente para darle aviso. Algunos han dejado de ser sólo apellidos, empezándose a llamar por nombres y en algunos casos apodos, esto se extiende a los profesionales a quienes algunos usuarios solo conocían de vista.

El futbol pone en condiciones de igualdad a personas que en otras circunstancias se encuentran con vínculos asimétricos. La inclusión de los psicólogos permitió una suspensión momentánea de esta asimetría, se realizaron incluso faltas, bromas, y demás interacciones que se realizan en condiciones de igualdad.

Así mismo se observa mayor uso de recursos expresivos dentro de la cancha, en contraste con el resto del día y de los espacios que ofrece el hospital. Mayor uso de expresión facial, inflexiones de voz, intercambios verbales. Esto toma su relevancia cuando pensamos que las patologías que predominan en el Hospital son las esquizofrenias, cuya característica más deteriorante son las alteraciones a nivel afectivo conocidas como aplanamiento, no hay manifestaciones del afecto, el efecto directo de esto es la pérdida de capacidad para relacionarse con otras personas, motivo determinante para la cronicidad e institucionalización.

Durante el desarrollo de los partidos y los tiempos previos y posteriores al mismo, se observa que el mismo constituye un espacio en el cual circula la broma, la *“cargada”* y risa como su efecto. Esto no es tomado ofensivamente por ninguno de los jugadores, enmarcado en una situación grupal y lúdica lo cual está relacionado con el registro del otro y las habilidades sociales.

Entonces, esto nos permite pensar que el futbol permite la canalización de la violencia. Los deportes simulan un enfrentamiento que se da entre equipos, de manera regulada que elude el peligro de una lucha real, debido a la reglamentación de la tensión a través de las reglas. En los jugadores del taller, se observa pequeñas discusiones entre miembros de los diferentes equipos, las cuales no exceden el espacio del partido, pero que permiten la expresión de la violencia de manera regulada, sin riesgo. Es menester resaltar que muchos de los usuarios padecen de falta de control de impulsos, irritabilidad y muchos de los ingresos al Hospital han sido debido a episodios de auto o heteroagresividad. El manejo de la tensión y

la vehiculización de la agresividad para fines compartidos y delimitados por reglas establecidas constituyen un elemento fundamental para la vida en sociedad.

Se ha observado desde el inicio del Programa hasta los resultados actuales una paulatina evolución en la aceptación de las reglas establecidas por el propio juego, esto nos habla de aceptar los límites impuestos por el otro. Las exigencias a responder a las reglas ha ido aumentando conjuntamente con las respuestas a las mismas. En algunos encuentros, nadie ofició de árbitro lo cual generó que los propios jugadores deban regularse así mismo, pudiendo así llevar adelante la actividad, tolerando frustraciones como así también exigiendo ser respetados.

De esta manera vamos encontrando algunos elementos que ejercitan las habilidades de interacción con otras personas. Se observa así que el encuentro futbolístico ha motivado comunicación tanto intra como extra muros del hospital, por ejemplo el envío de mensajes de texto para la asistencia al partido a usuarios que se encuentran de alta y asistiendo a consultorio externo, y entablar conversaciones por fuera del partido sobre estrategias, o comentarios en cuanto a la performance de los jugadores.

Articulado a esto la actividad ha sido comentada a través de los usuarios en otros dispositivos como en el taller de radio de Hospital de Día, en la cual se incorporó un segmento dónde se trata la temática de los partidos de los viernes. Luego de este segmento sigue el referido al deporte a nivel profesional, lo cual manifiesta la seriedad con la cual es tomada el taller, junto con la importancia singular que los conecta a un tema relevante para la comunidad en general, en la cual ellos están incluidos.

Esta iniciativa muestra las intenciones de llevar por fuera del Hospital esta experiencia y compartirla con la comunidad a partir de su propio deseo y de una manera planificada. En la radio se invitan a jugadores quienes en este espacio también ejercitan las habilidades sociales, se realizan comentarios sobre las jugadas, muestran entusiasmo y comparten expectativas frente al próximo encuentro.

Podemos decir que el futbol se ha erigido como un tema de conversación entre sujetos que se muestran poco comunicativos y con una vida social sumamente restringida, en muchos casos impregnada de la abulia y aplanamiento afectivo. Se ha observado en el entretiem po, y al finalizar el partido que se comienzan charlas en relación al deporte, sin embargo en la mayoría de los casos al agotarse el tema deportivo, se apaga la conversación. Los datos arrojados en las entrevistas, hace notorio la escases de relaciones interpersonales en el interior del hospital y los límites de la actividad

Siendo históricamente el consultorio el espacio destinado para el ejercicio de la evaluación, creemos pertinente considerar la práctica futbolística como un potente espacio para la observación de factores que se ponen en juego a la hora de pensar la externación, y los recursos con los que cuenta el usuario para la reinserción social. El programa nos está permitiendo ver principalmente la empatía, el uso de recursos expresivos frente a una actividad que resulta significativa, las interacciones entre los jugadores tanto verbal, como físicamente y a través de los pases. Así mismo puede observarse la relación con las reglas, la

tolerancia a la frustración, la aceptación de críticas, la reacción frente al reconocimiento de otros miembros, la capacidad para trabajar en equipo y el registro del otro.

La permanencia de los usuarios en la actividad les exige la ejercitación de habilidades sociales y la grupalidad, lo cual resulta inmediatamente beneficioso para la inclusión social.

CONCLUSIÓN

Considerando que la investigación todavía no está finalizada, como primeros esbozos de conclusión podemos pensar que el desarrollo del programa favorece la interacción psicosocial de los usuarios participantes del mismo, de tal manera que se constituya en una estrategia de la cual se puede apropiar la comunidad para promover de manera activa y participativa la salud de sus integrantes.

Esto nos permite proyectar las posibilidades de que la comunidad pueda tener un rol activo en las rehabilitaciones de usuarios con padecimiento mental, ya que se trata de una actividad frecuente en las comunidades y en la que pueden coparticipar los diferentes actores de la misma; teniendo en cuenta también que se trata de una actividad que no cuenta con mayores costos, sería posible de ser replicada en otros Hospitales y en la comunidad.

Entendiendo que la salud pública es aquella que busca la salud del individuo y la comunidad, la investigación nos ofrece evidencias en favor de la salud que pueden obtenerse a partir de una actividad plausible de ser llevada adelante por la comunidad, dentro de la comunidad y sin la exclusiva necesidad de intervenciones de “expertos” para favorecer la recuperación de un usuario con padecimiento mental.

Los resultados nos aportan conocimientos para la construcción de nuevas estrategias que abonen el campo de intervención en Salud Mental a partir de los aspectos sanos de los individuos, construyendo hábitos saludables y la oportunidad para fomentar lazos sociales que permitan la activación de recursos fundamentales para la reinserción en la comunidad.

Así mismo al fomentar esta actividad, se promueve el tiempo de ocio saludable y se apuesta a un hospital que sostenga estrategias donde también se promueva salud, además de asistir en tratamientos donde se vea específicamente el padecimiento mental y su sintomatología.

Por último encontramos en el programa de fútbol la breve posibilidad de romper el estigma social del “loco”, donde se representa a las personas con padecimientos mentales como intratables, peligrosos, fuera de todo intercambio social posible.

Bibliografía

- Cangas, A. J., Gallego, J., & Navarro, N. (2014). Estigma, Deporte y Salud Mental. *II Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental y III Congreso Internacional de Actividad Física y Deporte Adaptado. 1*. Universidad de Almería.
- (2011). *Guía para la Investigación de la Salud Humana. Régimen de Buena Práctica Clínica para Estudios de Farmacología Clínica*. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Castro, W. F., & Gordino, J. D. (2011). Metodos mixtos de investigación en las contribuciones a los simposios de SEIEM (1997-2010). En M. Marin, *Investigación en Educación Matemática* (Vol. XV, pág. 99). Ciudad Real: SEIEM.
- Comisión de las Comunidades de Europa. (2007). *Libro Blanco sobre el Deporte*. Brusellas
- Fernández, F. (2012). *Entramados de una pasión. Estudios sobre el fútbol e Identidades Sociales en Jujuy*. San Salvador de Jujuy: Editorial de la Universidad Nacional de Jujuy.
- Gilberst Aguilar, C. (2003). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mentale Severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- Goffman, E. (2006). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Bs. As.: Amorrortu.
- Goffman, E. (2007). *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Bs. As.: Amorrortu.
- Guinea Roca, R. (1997). Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, XVIII(65)*, 151-164.
- Ley 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Bs. As.
- Pichon-Rivière, E., & Quiroga, A. (1985). *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pozzo Ardizzi, F. C. (2010). *Pasar la Pelota*. Recuperado el 20 de Julio de 2014, de Psyche-Navegante Revista de Psicoanálisis y Cultura:
http://psychenavegante.net/index.php?option=com_content&view=article&id=446:pasar-la-pelota-parte-2&catid=90:psicoanalise
- Rodriguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Giménez, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Algibe.
- FIFA. (s.f.). Recuperado el 30 de Agosto de 2014, de
<http://es.fifa.com/aboutfifa/socialresponsibility/news/newsid=760069/>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la Investigación*. México DF: McGraw-Hill.
- Taylor, S. J., & Bodgan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidós.