

Salud Mental Comunitaria en el primer nivel de atención: Aprendizajes y desafíos en contexto de Pandemia.

Claudia Bang

Doctora de la Universidad de Buenos Aires, área Psicología. Máster en Salud Pública Internacional (Escuela Nacional de Sanidad, Madrid). Licenciada y Profesora en Psicología. Investigadora del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA y docente de la Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de Moreno y de posgrados nacionales e internacionales.

claudiabang@yahoo.com.ar

Resumen

Este escrito surge de la experiencia de acompañamiento y capacitación a equipos interdisciplinarios de salud mental del primer nivel de atención en contexto de pandemia por coronavirus. Dichas instancias han formado parte de un proceso de readecuación de estrategias y prácticas grupales y comunitarias, para dar cumplimiento a las medidas preventivas de distanciamiento físico. El objetivo de este trabajo es describir y analizar dicho proceso, identificando aprendizajes, obstáculos y desafíos. Metodológicamente, se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, basado en la sistematización y análisis de registros que recuperan los discursos de los/las trabajadores/as de equipos de salud mental de centros de salud ubicados en el oeste y sur del conurbano bonaerense y Ciudad de Buenos Aires. Como resultado, se han diferenciado tres momentos de un proceso caracterizado por un esfuerzo sostenido en recrear formas de acompañamiento y vinculación con familias y comunidad en cada territorio. Entre los aprendizajes

se destaca el desarrollo de prácticas múltiples para la generación, sostenimiento y fortalecimiento de redes y vínculos de cuidados a nivel institucional y comunitario. Una potencia ha estado dada por el desarrollo de estrategias comunitarias móviles, flexibles y creativas, y su articulación con dispositivos asistenciales como aporte a un abordaje integral en contexto de alta complejidad.

Palabras claves: Salud mental comunitaria - pandemia - equipos interdisciplinarios - comunidad.

Abstract

This paper arises from the experience of accompaniment and training to interdisciplinary mental health teams at the first level of care in the context of pandemic. These instances have been part of a reviewing process of group and community strategies, in order to ensure compliance with preventive physical distancing measures. The objective of this work is to describe and analyze this process, identifying learnings, obstacles and challenges.

Methodologically, this is a qualitative, exploratory and descriptive study, based on the systematization and analysis of records that recover speeches of the workers of mental health teams at health centers located in the southern and western Metropolitan area of Buenos Aires. As a result, three moments have been distinguished from a process characterized by a sustained effort to recreate forms of accompaniment and bonding with families and community in each territory. One of the main learnings has been the development of multiple practices for the generation, support and strengthening of care networks and bonds at the institutional and community level. A power of this process has been given by the development of mobile, flexible and creative community strategies, and its articulation with assistance devices as a contribution to a comprehensive approach in context of high complexity.

Kew words: Community mental health - pandemic - interdisciplinary teams - community.

Introducción

Desde hace más de 10 años y desde diversos equipos de trabajo, llevamos adelante procesos de investigación-acción, centrados en la indagación de prácticas de salud mental comunitaria y su articulación con la estrategia de Atención Primaria de Salud integral¹. Desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2010) una de las líneas de trabajo ha estado centrada en las prácticas de salud mental comunitaria y los procesos de adecuación e implementación de dicha Ley en el primer nivel de atención. En los últimos años, estos procesos de investigación se han articulado con diversas instancias de capacitación (en temáticas relacionadas a promoción de salud mental, participación comunitaria, redes, entre otras) y acompañamiento a equipos de salud mental, bajo la forma institucional de supervisión comunitaria. Este escrito surge del proceso de acompañamiento y capacitación a equipos interdisciplinarios de salud mental del primer nivel de atención del territorio del AMBA (Área metropolitana de Buenos Aires, que comprende a Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense) en contexto de pandemia.

El comienzo de la pandemia por coronavirus (en adelante COVID-19) en nuestro país ha dado lugar a una temprana y necesaria medida de aislamiento social preven-

tivo y obligatorio (en adelante ASPO). Desde poco antes de la detección de los primeros casos, las dinámicas de las instituciones de salud se transformaron radicalmente, centrándose en la prevención, detección y tratamiento de dicha enfermedad, lo que significó en ese momento, una suspensión abrupta de actividades grupales y comunitarias de salud y salud mental.

En este particular contexto, se han continuado los procesos de capacitación, supervisión y co-visión a equipos interdisciplinarios de salud mental del primer nivel de atención. A través de dichas actividades se ha podido acompañar el desarrollo de nuevas estrategias comunitarias llevadas adelante en contexto de distanciamiento físico. Desde una perspectiva de Atención Primaria de Salud integral (Rifkin y Walt, 1986), uno de los ejes principales de la tarea de estos equipos se ha centrado en el sostenimiento de procesos comunitarios promotores de salud y salud mental, y en la creación, sostenimiento y fortalecimiento de redes vinculares y comunitarias.

A partir de este recorrido, el objetivo de este trabajo es indagar el proceso de readecuación y transformación de prácticas grupales y comunitarias de salud mental en el primer nivel de atención en contexto de pandemia y distanciamiento social. Nos proponemos describir sus diferentes etapas, así como analizar aprendizajes, obs-

táculos y desafíos de este proceso en un contexto caracterizado por la imprevisibilidad.

Resulta necesario destacar que la situación de pandemia actual conlleva un fuerte impacto psico-social, situación que ha actualizado los debates en relación a los modelos de atención del padecimiento (Comes, 2020), visibilizando aún más la necesidad de abordajes comunitarios en salud mental, que puedan trabajar territorialmente articulados en políticas integrales de salud.

Metodología

Siguiendo una perspectiva cualitativa, exploratoria y descriptiva (Valles, 2000), este escrito es producto de un análisis reflexivo y sistematización del proceso de transformación de prácticas comunitarias en salud mental integral en el primer nivel de atención en contexto de pandemia.

Para ello, se han tomado los registros de reuniones de capacitación, supervisión y co-visión de las que se han participado 3 equipos interdisciplinarios que llevan adelante actividades de asistencia y promoción de salud mental en centros de salud del primer nivel de atención ubicados en 3 municipios de las zonas sur y oeste del Conurbano Bonaerense. Se han tomado también los

registros de al menos diez reuniones virtuales de capacitación y acompañamiento (supervisión comunitaria o espacios de co-visión) de actividades comunitarias a otros equipos de salud mental de zona sur y oeste del Conurbano Bonaerense, y de Ciudad de Buenos Aires. Desde el comienzo del período de pandemia, muchas de estas reuniones han aumentado su frecuencia, ya sea por pedido de mayor acompañamiento a los equipos, o en respuesta a una necesidad de revisión de prácticas o actividades puntuales. Las disciplinas que integran los equipos con los que se ha trabajado son psicología, medicina, trabajo social, terapia ocupacional, ciencias de la educación y enfermería. El período comprendido ha sido desde mediados del mes de marzo hasta fines del mes de agosto de 2020.

El proceso de sistematización de los registros se realizó siguiendo dos técnicas de análisis de contenido: el análisis temático y el análisis de relaciones (Minayo, 1997). El principio de recurrencia temática (Stake, 1994) en los registros permitió delimitar grandes núcleos temáticos, los que fueron agrupados siguiendo los procesos de generación de categorías y articulación conceptual por tema (Marshall y Rossman, 1989). Siguiendo los criterios de integración local e inclusiva (Weiss, 1994) se dio un ordenamiento a todo el material, lo que ha permitido delimitar diferentes etapas, y caracterizar

aprendizajes, obstáculos y desafíos de un proceso complejo. En relación a los criterios éticos y de acuerdo a las características de este estudio, se ha seguido un proceso gradual de obtención del consentimiento informado, en el que los participantes han tenido acceso al material de registro y su sistematización.

Desde una multirreferencialidad teórica, este trabajo incorpora aportes conceptuales provenientes del Movimiento Latinoamericano de Medicina Social/Salud Colectiva (Almeida-Filho, N. y Silva Paim J., 1999; Menéndez, 2009) y de la psicología comunitaria (Montero, 2004), articulados con la perspectiva de Atención Primaria de la Salud integral con enfoque en salud mental (Stolkiner y Solitario, 2007).

Tres etapas de un mismo proceso

A partir del trabajo de sistematización y análisis de los registros, se han podido distinguir tres etapas o momentos del proceso de revisión y readecuación de prácticas comunitarias en salud mental en el primer nivel de atención:

Luego de que se decretara la medida de ASPO el 19 de marzo de 2020, se inició un primer momento en el que las actividades presenciales en las instituciones de

salud del primer nivel de atención, casi exclusivamente se centraron en la detención y asistencia del nuevo coronavirus. En este contexto, las prácticas de salud mental se vieron modificadas drásticamente, debiendo suspenderse la mayoría de actividades presenciales y toda actividad grupal y comunitaria. Las reuniones de equipo, supervisiones y demás encuentros comenzaron a desarrollarse de forma virtual, lo que requirió un esfuerzo inicial significativo. Durante los primeros encuentros virtuales de supervisión y co-visión, el desconcierto y la incertidumbre poblaron los diálogos de los equipos acerca de las tareas grupales y comunitarias que venían desarrollando. Inicialmente, toda la atención se centró en poder continuar de forma telefónica los acompañamientos a pacientes y usuarios/as que se encontraban en procesos de atención individual. Una pregunta central de este primer período fue: “¿cómo seguir acompañando a las personas y familias con las que se venía trabajando institucionalmente en dispositivos grupales y comunitarios?”. En este sentido, una de las primeras estrategias fue intentar contactar a las familias con las que se venía trabajando de forma grupal a través de llamados telefónicos. El cambio en la modalidad de abordaje aquí fue doble: de lo grupal a lo individual y de lo presencial a lo remoto. Algunos equipos se encontraron con que no tenían muchos de los contactos de las personas que acudían a las actividades grupales y no lo-

graban contactarlas. Esto los/las llevó a preguntarse si verdaderamente venían trabajando comunitariamente. La problematización de esta pregunta fue central en la elaboración de estrategias posteriores.

Una temática recurrente en relación a los seguimientos telefónicos fue que en los mismos se evidenciaban situaciones familiares muy complejas preexistentes a la pandemia, las que no habían sido atendidas ni tenidas en cuenta. Esto se traducía en expresiones de necesidades y demandas múltiples contenidas en estos llamados, ante los cuales muchos profesionales expresaron sentirse abrumados/as y sin respuesta. Esto último llevó a visibilizar múltiples derechos previamente vulnerados y a realizar intervenciones familiares a partir de un fortalecimiento de la articulación con otros organizamos, de forma intersectorial.

Otra tarea central de este primer período, y para algunos equipos novedosa, fue el acompañamiento de acciones comunitarias llevadas adelante por comedores, merenderos y otras organizaciones sociales. Dicho acompañamiento se dio de forma presencial en los períodos en que esto fue posible y tuvo como objetivo realizar actividades de prevención y promoción de la salud relacionadas con el contexto de pandemia. Para algunos equipos fue una de las primeras veces que salían de la

institución y tuvieron que comenzar identificando y realizando primeros contactos con las organizaciones del barrio. Para otros equipos el trabajo consistió en dar continuidad a una forma previa de relación con referentes territoriales y comunitarios.

En todos los casos, los/las integrantes de los equipos han manifestado que el salir de las instituciones e integrarse a las acciones de organizaciones comunitarias ha sido, en este contexto, altamente significativo. Dicho encuentro les ha permitido visibilizar que son las organizaciones comunitarias y territoriales las primeras en dar respuesta a las necesidades y demandas comunitarias (articuladas a recursos del Estado cuando ello ha sido posible), mostrando que son ellas las que se encuentran más fuertemente entramadas a las realidades locales.

Por último, la mayoría de equipos de salud mental con los que se ha trabajado mostraron interés por iniciar acciones prontas de apoyo psicológico a los equipos de salud que estaban trabajando de forma directa en la detección y tratamiento de personas con COVID-19. Desde el inicio de la pandemia los/las profesionales manifestaron que esta sería una tarea significativa y una necesidad de cuidado de sus compañeros/as de trabajo. En algunos equipos dichas acciones se formalizaron en dispositivos específicos, y otros equipos abrieron in-

formalmente espacios de escucha y apoyo psico-social, generalmente a médicos/as y enfermeros/as.

Cuando, luego de las primeras semanas de pandemia, se comienza a vislumbrar que las medidas de distanciamiento físico serían de mediano plazo, se inicia un segundo momento caracterizado por el desafío de pensar, junto a los equipos territoriales (sobre todo en equipos integrados por profesionales residentes de diferentes disciplinas), cómo recuperar o dar cierta continuidad (si es que se trataba de ello) a los dispositivos grupales y comunitarios que, en algunas instituciones, se venían sosteniendo ininterrumpidamente desde hacía años como prácticas de promoción de salud mental comunitaria. Se trata de espacios de juegoteca y lectura en sala de espera, grupos de adultos/as mayores, diversos talleres creativos y artísticos, encuentros de promoción de salud realizados en organizaciones del barrio, grupos de mujeres, grupos de crianzas, postas de salud integral (con perspectiva de salud mental), actividades grupales y comunitarias con la participación de usuarios/as de salud mental, entre muchas otras actividades que asumieron el desafío de reinventarse.

En esta tarea, un primer paso fue revisar los objetivos de cada actividad y de cada espacio, comprendiendo que no era posible continuar con las mismas metas con las

que se venía trabajando presencialmente. La revisión de objetivos y modificación de estrategias requirió un proceso de varios encuentros e intercambios múltiples, ya que en un primer momento se intentaba virtualizar linealmente cada actividad para que siga cumpliendo los objetivos presenciales, lo que resultó ser técnicamente impracticable. En ese sentido, uno de los objetivos que finalmente se priorizó fue el de dar continuidad, sostén y permanencia a los vínculos previamente establecidos a través de la actividad grupal. De esta forma, se aportaría a prevenir que el distanciamiento social se transforme en soledad relacional (Bang, 2020). En consecuencia, se trabajó en el sostenimiento de vínculos de cuidados con la comunidad y en el fortalecimiento de lazos comunitarios solidarios.

En este marco, se fueron ensayando diferentes maneras de vincularse desde formas novedosas, se retomaron encuentros desde la virtualidad cuando ello fue posible, pero también se sostuvo la presencialidad haciendo llegar a las familias objetos relacionados con la actividad compartida: desde cuadernillos de juegos y actividades producidos y entregados por los equipos de juegotecas, espacios de lectura y espacios de adultos/as mayores, hasta libros y juguetes que se prestaron siguiendo las medidas preventivas correspondientes. Otras propuestas estuvieron relacionadas a la realización colectiva

de relatos, poesías o canciones que se fueron creando grupalmente a partir del intercambio de mensajes, diálogos telefónicos y visitas domiciliarias. Las prácticas así emprendidas permitieron sostener y recrear el vínculo con muchas familias, a través del cual se pudieron acompañar y abordar diversas situaciones. Asimismo, se fortaleció la articulación de estos contactos y prácticas comunitarias con los dispositivos asistenciales de atención, para lo que estuvieron particularmente dispuestos los diferentes equipos intervinientes. Cabe mencionar que esta articulación, en muchas instituciones, era significativamente deficitaria o prácticamente inexistente.

El momento de readecuar las actividades grupales y comunitarias paulatinamente fue dando paso a una última etapa, caracterizada por la necesidad de generar procesos de evaluación reflexiva en relación a las transformaciones y modificaciones de las tareas comunitarias en contexto de pandemia. Se pudieron poner en palabras sensaciones y sentimientos, trabajar tensiones, reconocer aprendizajes y relatar situaciones inesperadas que tuvieron lugar como parte del proceso. El apartado siguiente retoma algunas de estas reflexiones.

Un tema central de esta última etapa ha sido el reconocimiento y problematización del desafío que ha significado y significa sostener espacios de escucha cuando muchas de las problemáticas planteadas atraviesan

también a profesionales, como parte de la comunidad. Algunos equipos nombran dicha situación en términos de encontrarse en un contexto de fuerte “paridad” -en algunos aspectos- con la población con la que se trabaja. Se ha identificado este mismo desafío en las prácticas de apoyo psicológico a compañeros/as médicos/as y enfermeros/as. En este sentido, se ha podido reflexionar acerca de cierta horizontalización que el contexto actual ha impreso en la relación entre profesionales y usuarios/as, planteando el desafío de repensar *lo común* y buscar intersticios desde donde sostener vínculos de cuidado a partir de ello. Hacia el final del período relevado las expresiones de cansancio pueblan las reuniones de equipo y supervisión. Una temática recurrente es el desgaste que ha significado sostener por meses una situación de excepcionalidad en lo laboral. Para ello, se comenzaron a pensar nuevas formas que permitieran reintroducir lo nuevo y creativo, lo lúdico y lo vital.

Aprendizajes y desafíos en momentos de incertidumbres compartidas

Luego de más de cinco meses desde el inicio de las medidas de aislamiento social (ASPO), todos los equipos reconocen que este tiempo ha estado caracterizado por un esfuerzo constante y sostenido en recrear formas y procesos de vinculación con la comunidad. En

todo este período, los diálogos han estado cargados de expresiones relacionadas a una sensación de incertidumbre casi constante y un esfuerzo permanente de revisión, modificación y readecuación de estrategias. Uno de los equipos menciona que la sensación ha sido de “no llegar a hacer nunca pie”, otro equipo enuncia sentir que se encuentran en un presente continuo, que no es posible pensar más allá de una o dos semanas, y que esto ha traído un desgaste significativo cuando el esfuerzo de revisión constante de las actividades en este contexto de imprevisibilidad se ha prolongado durante meses. En síntesis, la posibilidad de recrear actividades y dar continuidad al vínculo con la comunidad ha significado un gran desafío.

En este escenario complejo, todos los equipos reconocen que este proceso ha traído a su vez, profundos aprendizajes. En primer lugar, la posibilidad de participar de las acciones comunitarias y acompañar prácticas de organizaciones territoriales en contexto de pandemia ha significado un aprendizaje valorado muy significativamente. Aún en los equipos que mostraron mayor relación previa con la vida comunitaria se presentaron situaciones que requirieron revisar acciones y estrategias. Muchas de las reflexiones consiguientes han estado en torno a las diferencias entre el trabajo dentro de la institución y la posibilidad de salir a la co-

munidad, posibilidad que ha permitido tener visiones más claras y realistas de los procesos de salud-enfermedad que transitan las comunidades en los diferentes territorios, y planificar acciones más acordes. Estas experiencias motivaron a su vez, visiones críticas y reflexivas en torno a la importancia de la generación de vínculos previos que hubieran permitido (cuando ello no había tenido lugar) estar incluidos/as en las redes comunitarias presentes.

En este nuevo contexto, ha sido necesario repensar los espacios y formas de encuentro con la comunidad, y crear nuevas vías apoyadas en las redes comunitarias existentes. Uno de los grandes desafíos ha estado dado por la posibilidad de transformación radical, en muy poco tiempo, de muchas de las formas de trabajo, relación y articulación con la vida comunitaria. Para ello, un primer paso fue incorporar desarrollos teórico-conceptuales que pudieran traducirse en aportes para la acción: desde la revisión de principios de Atención Primaria de Salud, pasando por la perspectiva integral en promoción de salud mental comunitaria y salud colectiva (Ayres, 2002; Bang, 2015), hasta conceptualizaciones relacionadas a planificación y pensamiento estratégico (Ròvere, 1993). En este sentido, el progresivo desarrollo de nuevas estrategias ha requerido un proceso de cambio epistemológico: aceptar nuevas demandas,

construir en la heterogeneidad y a partir de lo imprevisible han sido algunas de las competencias a desarrollar. Para tal fin, la incorporación de medios tecnológicos de comunicación (sin perder la humanización del vínculo) y su articulación con contactos presenciales se ha construido en una posibilidad. En este proceso, se ha valorado como imprescindible haber afrontado las tareas en equipo, contando con espacios de reflexión e intercambio, pensando las problemáticas y las estrategias junto a otros/as, y reconociendo que el trabajo profesional individual hubiera sido inviable en este contexto.

Por otro lado, varios de los procesos emprendidos han logrado articular dispositivos y prácticas clínicas, grupales y comunitarias, muchas de las que, hasta ese momento, no habían tenido prácticamente relación. Se combinaron entrevistas telefónicas individuales, visitas domiciliarias, encuentros grupales virtuales y encuentros con referentes comunitarios, todo lo que motivó a una mayor articulación entre equipos profesionales que venían trabajando de forma aislada. En consecuencia, algunas experiencias han mostrado que prácticas tradicionalmente asociadas al abordaje individual, en este contexto han servido para producir, generar y afianzar estrategias comunitarias, y viceversa. Este hecho ha permitido revisar las divisiones tradicionales entre prácticas *clínicas* y prácticas *comunitarias* (Bang, Cafferata, Castaño

e Infantino, 2020), poniendo en el centro a las problemáticas de salud mental de la comunidad, y orientando las intervenciones de forma articulada y múltiple, hacia una perspectiva integral. Este proceso ha significado un gran desafío y oportunidad, teniendo en cuenta la vigencia de una tensión histórica entre un modelo integral de atención y el modelo biomédico que aún hegemoniza fuertemente las prácticas del sistema de salud y salud mental, con sus consecuencias reduccionistas, objetivantes y medicalizantes (Menéndez, 2003).

Otro de los aprendizajes ha estado relacionado con la incorporación de la creatividad y la flexibilidad como ejes centrales que han orientado las prácticas en contexto de imprevisibilidad. Como se ha descrito en el apartado anterior, se han logrado desarrollar estrategias de intervención múltiple, cuyas características principales han sido la escucha y la flexibilidad. En espacios de supervisión y capacitación, se ha podido reflexionar sobre cierto *nomadismo* que ha caracterizado las estrategias desarrolladas durante este tiempo, donde lo que parece dar anclaje a las intervenciones es su posibilidad de circulación y movimiento. En consecuencia, se han comenzado a transitar metodologías más relacionadas a la vinculación comunitaria desde estrategias múltiples y a partir de articulaciones impensadas previamente.

En este sentido, uno de los desafíos vigentes se ha encontrado en la generación de lo que podríamos llamar *prácticas anfibias en salud mental*. Tomando la idea de *lo anfibio* de Maristella Svampa (2008) hemos propuesto el desarrollo de prácticas que tengan la capacidad de transitar territorios y espacios diferentes, sumergirse y volver a la superficie, nutrirse de lo diverso y articularse con lo allí existente. Para ello, ha resultado necesario el desarrollo de dispositivos flexibles y permeables, que dialoguen creativamente con las prácticas y saberes situados en el territorio, reconociendo los recursos comunitarios existentes.

En este proceso, la creatividad he ocupado un lugar central, como potencia que ha posibilitado trascender la mera repetición o adaptación lineal de dispositivos según formas pre-establecidas, hacia la transformación y creación de nuevas prácticas. Darse la oportunidad de poner en juego la imaginación radical (Castoriadis, 2005), como esa capacidad de crear formas nuevas a partir de la potencialidad imaginativa, ha permitido inyectar la fuerza de lo nuevo y lo vital a las prácticas institucionales. La creatividad se presenta, además, como una capacidad universal que se desarrolla intersubjetivamente (Mitjans Martínez, 2006), brindando recursos para la creación y sostenimiento de vínculos comunitarios y redes interinstitucionales, a través del desarrollo de actividades

compartidas. En suma, lo creativo se ha presentado como el juego posible hacia la articulación de lo múltiple y lo diverso en el diseño de nuevas estrategias.

Por último, resulta necesario mencionar que ha resultado sustancial el sostenimiento de instancias de capacitación, supervisión y co-visión, como prácticas de cuidado y acompañamiento para los propios equipos de salud mental, y más aún en el primer nivel de atención. Para ello ha sido imprescindible contar con espacios y tiempos institucionales que habiliten la problematización y reflexión conjunta acerca de las prácticas, asegurando la continuidad de estos espacios de intercambio. Asimismo, el proceso de acompañamiento a estos equipos territoriales de salud mental en este contexto ha significado también un gran desafío. Se han compartido y acompañado momentos de angustia, sobrecarga y agotamiento, pero también momentos de hallazgos y revitalizaciones. En suma, ha sido necesario reconocer este tiempo como un tiempo de reacomodamiento, lo que ha logrado disminuir la exigencia de dar todas las respuestas de forma inmediata, pudiendo así darse un tiempo para construir, junto a referentes y organizaciones comunitarias el escenario de lo posible, atravesando momentos de incertidumbres compartidas.

La dimensión vincular y el fortalecimiento de redes como ejes centrales

El desarrollo de abordajes comunitarios en contexto de distanciamiento social ha requerido reconocer la importancia fundamental del sostenimiento de vínculos y relaciones sociales en situaciones de adversidad, revalorizando la importancia de las redes comunitarias de cuidados (Bang, 2020). Asimismo, la situación ha evidenciado la necesidad de profundizar en abordajes comunitarios en salud mental con incidencia territorial, vinculándose a los procesos de participación comunitaria existentes. En este recorrido hemos encontrado en la promoción en salud mental comunitaria (Bang, 2014) una estrategia central que permite, desde una perspectiva integral y articulada con otras prácticas de atención, el desarrollo de acciones participativas y el fortalecimiento de lazos comunitarios solidarios, como recursos colectivos de cuidado en el abordaje de problemáticas de salud y salud mental.

La necesaria suspensión inicial de actividades institucionales grupales y comunitarias a comienzos del período de ASPO, ha permitido a los equipos profesionales visibilizar que las prácticas de cuidado en salud y salud mental se dan principalmente en el territorio, a través de sus redes comunitarias. A partir de este re-

conocimiento, hemos trabajado en la posibilidad de subvertir las formas tradicionales de participación en salud, donde la comunidad suele presentarse como sujeto de participación de actividades planificadas desde y en las instituciones. Contrario a esto, en este contexto tan particular, han sido estos equipos de salud mental los que se han vinculado con las redes comunitarias y territoriales (o han fortalecido vínculos previos).

En este proceso ha sido necesaria una revisión en relación a la conceptualización de lo comunitario y lo territorial, que permita alejarnos de visiones simplistas y homogeneizantes en relación a las realidades comunitarias. En primer lugar, ha resultado imprescindible pensar a la comunidad constituida como una red compleja de relaciones (Bang y Stolkiner, 2013; Piselli, 2007). En este sentido, la metáfora del rizoma como red de interrelaciones entre elementos híbridos (Deleuze y Guattari, 2004) nos ha permitido pensar a la comunidad como un sistema complejo compuesto por elementos simbólicos y materiales interrelacionados en asociaciones múltiples en constante transformación. En consecuencia, y siguiendo a Montenegro, Rodríguez y Pujol (2014) entendemos a la comunidad en tanto grupo heterogéneo de elementos interrelacionados de forma diversa y dinámica, cuyo anclaje puede ser territorial o desterritorializado, sostenida en procesos identitarios

también dinámicos. Con redes de formas variables y vínculos diversos en diferentes niveles, las comunidades presentan configuraciones y emergentes que, lejos de darse en una causalidad lineal, se presentan de forma rizomática: como parte de esa red compleja de interrelaciones entre elementos híbridos.

Entender que los procesos comunitarios se tejen en la articulación de vínculos territoriales y desterritorializados nos ha permitido identificar que la combinación de estrategias de comunicación virtual y presencial podría ser una puerta de entrada a la vida comunitaria. En esta tarea ha sido necesario reconocer haberse encontrado con situaciones y dificultades diferentes a las que habitan los dispositivos clínico-asistenciales. Un ejemplo de ello ha estado dado por la identificación y abordaje de múltiples barreras de acceso a las comunicaciones virtuales, así como el encuentro con tensiones y conflictos inherentes a las prácticas en territorio. En este sentido, y más aún en el contexto actual, ha sido necesario crear y reinventar espacios de encuentro y diálogo, donde lo presencial se articule de forma múltiple con lo virtual. En esta tarea, una herramienta central fue la incorporación de la perspectiva de cuidados en salud (Merhy, 2006). El concepto de *cuidado* reconoce la importancia del vínculo afectivo en la atención, ubicando a la subjetividad como una de las dimensiones del modo de

producción en salud (Franco & Merhy, 2011). Desde esta perspectiva, se han intentado impulsar prácticas en salud basadas en lo relacional, donde el acto de cuidar es medio y fin en sí mismo (Ayres, 2007). La participación de los/las trabajadores/as de salud mental en dispositivos relacionales ha abierto a estos/as profesionales la posibilidad de resignificar sus propias prácticas institucionales, incorporando la dimensión subjetiva y la importancia del vínculo en la atención, como elementos indispensables en todo *acto de cuidado* (Ayres, 2007).

En consecuencia, una característica que ha dado especificidad a las acciones desarrolladas ha sido su carácter vincular. Un objetivo central de las prácticas comunitarias emprendidas ha sido crear, sostener y profundizar vínculos de confianza y cooperación entre personas, grupos e instituciones, acompañando a su vez los procesos de organización comunitaria (Montero, 2004; Montenegro, Rodríguez y Pujol, 2014). Este proceso sólo ha sido posible a partir de una articulación de dispositivos y prácticas múltiples en diferentes niveles: al interior de cada institución, y con instituciones y organizaciones territoriales, desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial. En ese sentido, la constitución de vínculos, como toda relación humana, ha requerido el sostenimiento de acciones tendientes al progresivo conocimiento mutuo, a la generación de

tiempos compartidos y a la construcción de afinidades y relaciones de confianza (Ròvere, 1999). Más allá de la incorporación de las vías virtuales de comunicación, el énfasis se situó en crear canales accesibles de escucha con usuarios/as, organizaciones y comunidad, que permitiera abordar las problemáticas en su complejidad. En suma, la tarea central aquí fue sostener vínculos y fortalecer redes en un contexto de fuerte adversidad.

Reflexiones finales

En este trabajo hemos abordado el proceso de revisión y transformación de estrategias comunitarias de salud mental en el primer nivel de atención en centros de salud de las zonas sur y oeste del Conurbano Bonaerense y Ciudad de Buenos Aires. Dicho proceso ha estado caracterizado por múltiples aprendizajes, entre los que se destaca la importancia de la generación, sostenimiento y fortalecimiento de redes y vínculos de cuidados a nivel institucional y comunitario.

Este tiempo se nos ha presentado como una oportunidad para visibilizar la importancia de la integralidad en las prácticas de salud mental en el territorio, y el valor de un modelo comunitario que promueva abordajes subjetivantes en relación al sufrimiento humano. La posibilidad de revertir el verticalismo que ha carac-

terizado históricamente a las relaciones jerárquicas al interior de las instituciones de salud y su vínculo con la comunidad continúa siendo un gran desafío, y tal vez esta sea una gran oportunidad para su transformación.

Asimismo, las medidas preventivas de distanciamiento físico en contexto de pandemia han mostrado que las estrategias de cuidado de la salud necesariamente deben ser colectivas, poniendo en evidencia la importancia de sostén del lazo social y del cuidado como promotor de salud en contextos complejos. Las redes comunitarias de cuidado están cumpliendo aquí un rol central, habiéndose activado prontamente en contextos de alta complejidad. Tal vez sea esta una oportunidad de reconocer la necesidad e importancia de trabajar verdadera y sostenidamente en y junto con la comunidad para la producción colectiva de la salud y la salud mental.

Referencias Bibliográficas

Almeida-Filho, N. y Silva Paim J. (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica, *Cuadernos Médico-Sociales*, 75, 5-30.

Ayres, J. R. C. M. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 20 (2), 67-82.

Bang, C. (2020). Abordajes comunitarios y promoción de salud mental en tiempos de pandemia. *El Sigma*, sección *Salud Pública y Psicoanálisis*. Recuperado de https://www.elsigma.com/salud-publica-y-psicoanalisis/abordajes-comunitarios-y-promocion-de-salud-mental-en-tiempos-de-pandemia/13795?fbclid=IwAR2Mmtyrw8gRjwY3m-0tf0LSi5kmmPscgf4GIU7ZTJbdhXhyFZgXp3dp_k0

Bang, C. (2015). Promoting mental health and community participation: a study on participatory arts practice, creativity and play in the city of Buenos Aires, Argentina. *Health, Culture and Society*, 8(1), 58-68. Pittsburgh, USA. DOI: <https://doi.org/10.5195/hcs.2015.183>.

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Revista Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 13(2), 109-120. DOI: <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-399>

Bang, C., Cafferata, L., Castaño, V. e Infantino, A. (2020). Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología (UNLP)*, 19(1): 48-70. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. DOI: <https://doi.org/10.24215/2422572Xe041>.

Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46: 123- 146.

Castoriadis, C. (2005). *Figuras de lo pensable*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Comes, Y. (2020). Trabajar en lo emergente cuando pase la emergencia *Revista Soberanía sanitaria, Edición Especial – Pandemia*. (pp. 47-52) Recuperado de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/edicionespecialpandemia.pdf>

Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas: Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: PreTextos.

Franco, T.B. y Merhy, E.E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7 (1), 9-20.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

Menéndez, E. (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Colectiva*, 8 (1), 185-207.

Marshall, C. y Rossman, G. (1989). *Designing Qualitative Research*. London: Sage Publications.

Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Minayo, M.C.S. (1997). *El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Mitjáns Martínez, A. (2006). Creatividad y Subjetividad. En S. de la Torre & V. Violant (Comp.) *Comprender y evaluar la creatividad: un recurso para mejorar la calidad de la enseñanza* (pp 115-121). Málaga: Aljibe.

Montenegro, M.; Rodríguez, A. y Pujol, J. (2014). La Psicología Social Comunitaria ante los cambios en la sociedad contemporánea: De la reificación de lo común a la articulación de las diferencias. *Revista Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 13(2), 32-43. DOI: <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-433>

Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Ley 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013*. Boletín Oficial. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Piselli, F. (2007). Communities, places and social networks. *American Behavioral Scientist*, 50(7): 867, 878.

Rifkin, S. y Walt, G. (1986). Why health improves: defining the issues concerning comprehensive primary health care and selective primary health care. *Social Science & Medicine*, 23(6), 559-566.

Ròvere, M. (1999). *Redes en Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la*

comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Ròvere, M. (1993). *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Stake, R. (1994). Case studies. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds). *Handbook of Qualitative Research* (pp. 516-529). California: Sage.

Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías. En D. Maceira (Comp.), *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121-146). Buenos Aires: Paidós.

Svampa, M. (2008). *Cambio de época*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

Weiss, R. (1994). *Learning from strangers. The art and method of qualitative interview studies*. Nueva York: The Free Press.

Notas

¹ La autora de este escrito es Investigadora Responsable del Proyecto PICT (Proyecto de Investigación Científica y tecnológica) 2019-2022: *Salud Mental Comunitaria y Prácticas participativas que recuperan el pasado local*. Aprobado por Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica y financiado por FONCyT. También es directora del proyecto UBACyT 2020-2022: *Atención primaria de salud y salud mental comunitaria: análisis de prácticas participativas e integrales llevadas adelante por instituciones en red*. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología UBA.

