



SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA: RECREANDO ESTRATEGIAS COMUNITARIAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

BANG, CLAUDIA.¹

1

Palabras claves

SALUD MENTAL -
COMUNITARIA - PANDEMIA

Información de contacto

claudiabang@yahoo.com.ar

Resumen

Las medidas decretadas a partir de la pandemia por COVID-19 han implicado una readecuación del sistema de salud y una suspensión o transformación de actividades grupales y comunitarias. Este trabajo se propone abordar dicho proceso en prácticas de salud mental, desde una perspectiva de Atención Primaria de la Salud Integral. Objetivo: describir y analizar el proceso de transformación de estrategias comunitarias por parte de equipos interdisciplinarios de salud mental en centros de salud del primer nivel de atención en contexto de pandemia. Metodología: Investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva. Para la descripción de los procesos implicados se utilizaron registros de reuniones de supervisión y capacitación a equipos interdisciplinarios que llevan adelante actividades de asistencia y promoción de salud mental en centros de salud ubicados en barrios pobres del sur y oeste del Conurbano Bonaerense. La sistematización del material se realizó siguiendo técnicas de análisis de contenido, generación de categorías y articulación conceptual. Resultados: se han podido distinguir tres momentos diferenciados de un proceso complejo, el primero centrado en la virtualización del seguimiento a pacientes de salud mental y el acompañamiento de acciones desarrolladas por organizaciones comunitarias; un segundo momento centrado en la readecuación comunicacional de actividades grupales y comunitarias previas, con la incorporación de estrategias múltiples, dinámicas y flexibles; y un tercer momento de evaluación reflexiva. Este proceso ha producido efectos transformadores al interior de los equipos, a través del desarrollo de estrategias múltiples cuyas características centrales son la ductilidad, flexibilidad y creatividad. Conclusiones: Se concluye que se ha tratado de un proceso con múltiples desafíos y aprendizajes, lo que ha permitido visibilizar la importancia del sostenimiento y fortalecimiento de vínculos y redes de cuidados comunitarios en contexto de distanciamiento social, como parte de la estrategia de promoción de salud mental comunitaria.

1. Introducción

En Argentina, hacia fines del año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26.657, que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad, centrada en una perspectiva de derechos e integralidad de las prácticas (Ley N° 26.657, 2010). A partir de allí, las problemáticas de salud mental deben ser abordadas en los primer y segundo niveles de atención, en articulación con los principios de la Atención Primaria de la Salud (OMS-UNICEF, 1978; OPS-OMS, 1990).

El proceso de implementación de dicha ley ha estado caracterizado por avances y retrocesos, producto de fuertes tensiones y conflictos entre los actores intervinientes (Woronovsky, 2018; Stolkiner, 2015), con grados y formas de implementación variables en los diferentes territorios. Uno de dichos avances ha estado dado por la conformación de equipos interdisciplinarios de salud mental en el primer nivel de atención y por la inclusión (aunque muchas veces de forma precaria e insuficiente) de prácticas de promoción de salud mental comunitaria. Desde entonces, la autora de este escrito participa de diversas investigaciones cuyo objetivo es la indagación de los procesos de aplicación de dicha Ley en prácticas comunitarias del primer nivel de atención¹. También se participa de procesos de acompañamiento, supervisión o co-visión, y capacitaciones a equipos interdisciplinarios de salud mental en centros de salud del primer nivel del territorio del AMBA (Área metropolitana de Buenos Aires, que comprende a Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense).

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 preventivo 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 ha significado una suspensión abrupta de actividades grupales y comunitarias de salud y salud mental.

En este particular contexto, se han continuado las actividades de capacitación y acompañamiento (bajo la figura institucional de supervisión comunitaria) a equipos

¹La autora de este escrito es Investigadora Responsable del Proyecto PICT (Proyecto de Investigación Científica y tecnológica - 3 años): Salud Mental Comunitaria y Prácticas participativas que recuperan el pasado local. Aprobado por Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica y financiado por FONCyT, adjudicado por Res N° 401/19 de septiembre 2019. También participa como Investigadora Formada en el proyecto UBACyT: Discursos, prácticas, actores y subjetividad en la articulación de atención primaria de la salud y salud mental: estudio de caso en investigación social participativa. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología UBA, Dir. Dra. Alicia Stolkiner. 2018-2020.

interdisciplinarios de salud mental del primer nivel de atención en las zonas sur y oeste del Conurbano Bonaerense. A través de dichas actividades se ha podido acompañar el desarrollo de nuevas estrategias comunitarias llevadas adelante en contexto de distanciamiento social. Desde



una perspectiva de Atención Primaria de Salud integral (Rifkin y Walt, 1986), uno de los ejes centrales de la tarea de dichos equipos se ha centrado en el sostenimiento de procesos comunitarios promotores de salud y salud mental, y en la creación y fortalecimiento de redes de cuidados territoriales. Este trabajo se propone abordar el proceso de readecuación de estas prácticas territoriales y comunitarias en contexto de pandemia, analizando la necesidad de contar con el desarrollo de estrategias de prevención y promoción integral, articuladas con prácticas asistenciales y comunitarias en el primer nivel de atención. Ha resultado necesaria también la inclusión de una visión compleja y contextualizada acerca de las problemáticas de salud mental, que aloje la perspectiva subjetiva del padecimiento y reconozca su dimensión colectiva en contextos de alta complejidad.

A partir de este recorrido, el objetivo de este escrito es describir y analizar el proceso de revisión, adecuación y transformación de estrategias comunitarias por parte de equipos interdisciplinarios de salud mental en centros de salud del primer nivel de atención del Conurbano bonaerense.

Resulta necesario destacar que la situación de pandemia actual conlleva un fuerte impacto psicosocial, 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.

2. Metodología

Metodológicamente este trabajo se enmarca en la investigación cualitativa en salud (Minayo, 1997), siguiendo una perspectiva exploratoria y descriptiva (Valles, 2000). Este escrito es producto de un trabajo de sistematización que parte de un análisis reflexivo sobre las prácticas comunitarias en salud mental integral en el primer nivel de atención en contexto de pandemia. Se ha accedido a dichas prácticas a través de registros del intercambio en reuniones de supervisión, co-visión y capacitación desarrolladas a equipos interdisciplinarios que llevan adelante actividades de asistencia y promoción de salud mental en centros de salud del primer nivel de atención ubicados en barrios pobres del sur y oeste del Conurbano Bonaerense. Dichos encuentros fueron la continuación e intensificación de reuniones mensuales de supervisión institucional que se venían desarrollando con tres equipos profesionales de tres municipios de la zona. Como parte de este estudio se han tomado también los registros de al menos diez reuniones de capacitación y co-visión de actividades comunitarias a otros equipos profesionales de salud mental de zona sur y oeste del Conurbano Bonaerense. Desde el comienzo del período de pandemia, algunos equipos interdisciplinarios han pedido intensificar el proceso de acompañamiento (aumentando el número de reuniones de co-visión, consultas o pedidos de supervisión en relación a actividades puntuales). Los profesionales que han participado de dichos procesos pertenecen a las siguientes disciplinas: 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 caracterizar y diferenciar momentos como parte de un proceso de readecuación de estrategias comunitarias en salud mental.

Conceptualmente, este escrito se inscribe en una línea de trabajo que entiende a la salud y a la salud mental desde una perspectiva integral y no normativa (Czeresnia y Freitas, 2009), recuperando la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad-cuidados (Waitzkin, Iriart, Estarada y Lamadrir, 2001) y subrayando el enfoque de derechos para su abordaje. 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).

3. Resultados

A partir del trabajo de sistematización del proceso de revisión y readecuación de prácticas comunitarias llevadas adelante por los equipos indagados desde el comienzo de la pandemia, se han podido distinguir tres momentos diferenciados:

Primer momento:

Luego de que se decretara la medida de ASPO el 20 de marzo de 2020, un primer gran desafío para todos los equipos con los que se ha trabajado ha sido comenzar a revincularse a través de la virtualidad con pacientes, compañeros/as de equipo y recrear las reuniones de supervisión, capacitación y acompañamiento de forma virtual.

Durante los primeros encuentros virtuales, el desconcierto y la incertidumbre poblaron los diálogos e intercambios al interior de los equipos que venían realizando tareas grupales y



comunitarias en salud mental en el primer nivel de atención. 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. También desde el comienzo surgieron inquietudes relacionadas con ¿cómo seguir acompañando a las personas y familias con las que se venía trabajando institucionalmente en dispositivos grupales y comunitarios desde los centros de salud? Una de las acciones más utilizadas como primera estrategia fue intentar contactar a las familias con las que se venía trabajando de forma grupal a través de llamados telefónicos. El cambio en la comunicación 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 o comunitarias y no lograban contactarlas. Esto llevó a esos equipos a preguntarse si verdaderamente venían trabajando comunitariamente. Esta pregunta y su problematización fue central en la elaboración de estrategias posteriores.

En relación a estos primeros llamados, profesionales de diferentes equipos refieren que muchos de ellos fueron interpretados por los/as vecinos/as como formas de control estatal en relación al cumplimiento de las medidas de distanciamiento social. Esto llevó a problematizar en las reuniones conjuntas estas tensiones, y trabajar sobre la necesidad de lograr un corrimiento de ese rol adjudicado (Braunstein, Pasterneac, Benedito y Saal, 1975) para poder realizar un acompañamiento telefónico que priorice la escucha del padecimiento subjetivo en contexto de alta complejidad, proceso que rápidamente pudo tener lugar.

Una segunda temática recurrente en relación a los seguimientos telefónicos fue que en los mismos se evidenciaban situaciones familiares muy complejas preexistentes a la pandemia que no habían sido atendidas, lo que se traducía en expresiones de necesidades y demandas múltiples contenidas en estos llamados. Muchos de los/as profesionales expresaron sentirse abrumados/as y sin respuesta ante tal exceso de demandas. Esto último llevó a visibilizar la necesidad de trabajar articuladamente con otros sectores y realizar intervenciones familiares a partir de una articulación intersectorial en pos de la restitución de derechos previamente vulnerados.

Otra tarea central de este primer período, y para algunos equipos novedosa, fue el acompañamiento de acciones comunitarias de ollas populares, organizaciones sociales, comedores y organizaciones de base. 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. En este punto, fue notorio que este acercamiento fue muy diferente para cada equipo y dependía del trabajo de articulación con dichas organizaciones que pudieran haber realizado previamente a la pandemia. Para algunos equipos fue una de las primeras veces que salían de la institución y tuvieron que comenzar identificando y realizando primeros contacto 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.



Aún en los equipos que mostraron mayor relación previa con la vida comunitaria se presentaron situaciones que requirieron revisar acciones y estrategias. Un ejemplo de ello estuvo dado por un equipo que se propuso revisar su estrategia de acercamiento a la comunidad luego de ir a acompañar actividades de una olla popular y repartir folletos institucionales sobre las medidas de prevención comunitarias en relación al coronavirus, y escuchar allí los relatos sobre las condiciones de vida que dificultaban cumplir con las primeras medidas de distanciamiento físico, lavado constante de manos y uso de barbijo. Otro ejemplo está dado por el impacto que causó a profesionales transitar por los barrios más pobres vestidos/as de blanco (con toda la protección según los protocolos COVID-19) en contraste con las vestimentas “harapientas” de los/las vecinos/as. Las reflexiones consiguientes han estado en torno a las diferencias entre el trabajo dentro de la institución y la posibilidad de salir a la comunidad, con una visibilización más clara de la situación en que se encuentran las comunidades con las que se venía trabajando. 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 sentido, salir de las instituciones e integrarse a las acciones de organizaciones comunitarias ha sido altamente significativo, ya que han sido ellas las primeras en poder articularse a recursos del Estado (cuando ello ha sido posible) y dar respuesta a las primeras necesidades y demandas comunitarias, mostrando que son ellas las que se encuentran más fuertemente entramadas a las realidades locales.

Por último, en la mayoría de equipos de salud mental se iniciaron acciones de apoyo psicológico a los equipos de salud que estaban trabajando de forma directa en la detección y tratamiento de personas con COVID-19. En algunos equipos dichas acciones se formalizaron en dispositivos específicos, y otros equipos abrieron informalmente espacios de escucha y apoyo a otros profesionales, generalmente médicos/as y enfermeros/as.

El comienzo del proceso de reacomodamiento de prácticas y estrategias ha estado cargado de momentos de frustración y de sensaciones de impotencia. Algunos equipos, ante la dificultad de ponerse en contacto con la población de cada barrio se han dado la oportunidad de cuestionarse sobre sus vínculos comunitarios previos. En suma, ha sido un tiempo de pensar la problemática de padecimiento subjetivo en el contexto actual y reflexionar sobre formas posibles de acompañamiento y generación de accesibilidad en tiempos de distanciamiento social.

Segundo momento

Cuando, luego de las primeras semanas de pandemia, se vislumbra que las medidas de distanciamiento social serían de mediano plazo, comenzó el desafío de pensar junto a los equipos territoriales (sobre todo en equipos conformados por profesionales de diferentes disciplinas



cursando residencias) cómo recuperar o dar cierta continuidad (si es que se trataba de ello) a los dispositivos grupales que, en algunas instituciones, se venían sosteniendo ininterrumpidamente desde hacía años como prácticas de promoción de salud mental comunitaria. Surge la necesidad de recuperar espacios vitales y placenteros de trabajo junto a la comunidad. Juegotecas o espacios de lectura en sala de espera, grupos de adultos/as mayores, talleres de tejido, de música, talleres y encuentros de promoción de salud en instituciones y organizaciones del barrio, grupo de mujeres, postas de salud integral (con perspectiva de salud mental), diferentes espacios y actividades grupales con usuarios/as de salud mental, entre tantos otros dispositivos y prácticas que fueron interrumpidos, muchos de ellos asumieron el desafío de reinventarse.

Algunas preguntas que surgieron relacionadas con dichos desafíos fueron ¿cómo continuar con estas prácticas en contexto de distanciamiento social? ¿Qué de estas prácticas podrían tener continuidad en este contexto? ¿La continuidad estaría dada por los objetivos, por los participantes o por las actividades? ¿La comunicación virtual sería una opción? ¿cuáles serían las barreras de accesibilidad diferenciales entre prácticas presenciales y virtuales? ¿Era posible algo de lo presencial y de qué forma?

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). Esto permitió redefinir los objetivos de cada actividad, comprendiendo que no era posible continuar con las mismas metas con las que se trabajaba presencialmente. La revisión de estrategias y objetivos requirió varios encuentros e intercambios, ya que en un primer momento los/las profesionales intentaban “virtualizar” linealmente cada actividad para que siga cumpliendo los objetivos presenciales, lo que era 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 (Galende, 1997). En consecuencia, se trabajó en la posibilidad de producción y fortalecimiento de redes de cuidados y lazos comunitarios solidarios, articulados con prácticas asistenciales, constituyéndose así en recursos para el fortalecimiento de la capacidad colectiva para lidiar con la multiplicidad de avatares propios del contexto en complejidad.

En este marco, se fueron ensayando diferentes formas de vincularse y revincularse de manera creativa, se recrearon encuentros desde la virtualidad cuando ello fue posible, pero también se sostuvieron vínculos presenciales a través de objetos que simbólicamente se compartieron desde las instituciones y con las debidas medidas preventivas: desde cuadernillos de juegos y actividades producidos y entregados por los equipos de juegotecas, espacios de lectura y espacios de adultos/as mayores, hasta el préstamo de libros y juguetes. Más allá del uso generalizado de las vías virtuales, el énfasis se situó en crear un canal de escucha con usuarios/as, comunidad y en



relación a lo que les sucediera a los equipos. En suma, la tarea central aquí fue sostener vínculos y fortalecer redes de contención en un contexto de fuerte adversidad.

Para la mayoría de los equipos con los que se ha trabajado, este proceso ha requerido hacer un duelo en relación a los objetivos, las actividades y las relaciones presenciales que se venían desarrollando anteriormente. En este sentido, ha sido un desafío poder comprender que no era posible continuar de forma similar o manteniendo linealmente los objetivos, sino que algo indefectiblemente era necesario perder para que surgieran nuevas formas de relación.

Tercer momento

El momento de readecuar las actividades grupales y comunitarias previas paulatinamente fue dando paso a un momento caracterizado 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 comenzar a poner en palabras sensaciones y sentimientos, trabajar tensiones, reconocer aprendizajes y relatar situaciones inesperadas que tuvieron lugar como parte del proceso.

Luego de más de cinco meses desde el inicio de las medidas de distanciamiento social, todos los equipos reconocen que este tiempo ha estado caracterizado por la sensación de incertidumbre constante y una dificultad sostenida en la posibilidad de planificar y sostener actividades. Uno de los equipos menciona que la sensación es de “no llegar a hacer nunca pie”, otro equipo enuncia que siente 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 se ha prolongado por meses. En equipos constituidos prioritariamente por profesionales residentes, esta dificultad se vio agravada por las rotaciones y cambios de equipo periódicos (propio de los cronogramas de formación de las residencias y concurrencias), lo que dificultó aun más la posibilidad de dar continuidad, aunque más no sea, a la conformación interna de los equipos.

Sin embargo, todos los equipos reconocen que este proceso ha traído profundos aprendizajes. Uno de ellos ha sido comprender que la tarea de coordinación y el trabajo en equipo es un proceso que requiere tiempos de reacomodamientos, de puestas en común, la posibilidad de llegar a acuerdos, consensuar estrategias, revisar prácticas, tratándose de un verdadero proceso grupal. En este sentido, se ha reconocido como un acierto el haber podido darse tiempos de elaboración de estrategias y no dar una respuesta inmediata e irreflexiva a muchas de las demandas. Se reconoce que este proceso ha requerido la disponibilidad hacia la invención y la posibilidad de transformar las prácticas, y a su vez transformarse. En este proceso, se valora 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.

Otro de los aprendizajes ha estado en relación a reconocer en la flexibilidad y la creatividad dos ejes centrales que han orientado las prácticas en contexto de imprevisibilidad. Algunas experiencias han mostrado que prácticas más asociadas al abordaje individual, en este contexto han servido para producir, generar y afianzar estrategias comunitarias, y viceversa. Por ejemplo, ha sido un hallazgo para un equipo que ha comenzado con entrevistas individuales telefónicas a personas que participaban previamente de una actividad grupal semanal en el centro de salud, reconocer que dichas entrevistas les permitieron estar “más cerca de la comunidad”. Asimismo, otro equipo reconoce que ha sido significativa y muy efectiva la forma en que se han acercado a conocer y trabajar verdaderamente con las problemáticas comunitarias a través de contactos múltiples de forma virtual.

Estos y otros ejemplos muestran que, en varios espacios de supervisión, se ha reflexionado acerca de que el mero sostenimiento de actividades grupales no implica necesariamente la generación de vínculos y establecimiento de redes de cuidados. En este sentido, este proceso ha permitido revisar las divisiones tradicionales entre prácticas clínicas y prácticas comunitarias (Bang, Cafferata, Castaño e Infantino, 2020), poniendo en el centro las problemáticas de salud mental de la comunidad y orientando las intervenciones de forma articulada y múltiple (combinando prácticas que tradicionalmente estarían del lado de “lo clínico” con aquellas que estarían del lado de “lo comunitario”) hacia una perspectiva integral. Asimismo, 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. Se han comenzado a transitar metodologías más relacionadas a la posibilidad de intervención desde estrategias múltiples y móviles, que se llevan adelante a partir de articulaciones impensadas previamente.

Un último tema que ha sido central en esta última etapa de reflexiones ha sido el reconocimiento y problematización del desafío que ha significado y significa sostener espacios de escucha cuando muchas de las problemáticas planteadas atraviesan tanto a profesionales como a 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. En este sentido, se ha logrado identificar este mismo desafío al trabajar en el apoyo psicológico llevado adelante a compañeros/as médicos/as y enfermeros/as. Asimismo, se reconoce que el contexto actual ha horizontalizado las relaciones entre profesional y usuario/a, planteando el desafío de repensar lo común y buscar intersticios desde donde sostener vínculos de cuidado a partir de ello.



La importancia de acciones promotoras de salud mental comunitaria en el contexto actual

Este recorrido ha permitido identificar tres momentos como parte de un proceso complejo de readecuación de estrategias de intervención comunitaria. La posibilidad de pensar y desarrollar abordajes comunitarios en contextos de distanciamiento social ha requerido reconocer la importancia fundamental del sostenimiento de los vínculos y relaciones sociales en situaciones de adversidad, revalorizando la relevancia de las redes de contención familiar y comunitaria (Bang, 2020). Asimismo, la situación ha evidenciado la necesidad de profundizar en abordajes comunitarios en salud mental que puedan trabajar territorialmente, articulados en procesos de participación existentes.

Desde una perspectiva de Atención Primaria de la Salud integral, uno de los principales ejes estratégicos para la planificación de actividades ha sido la promoción en salud mental comunitaria (Bang, 2014). Se trata de una estrategia vincular que, a través del sostenimiento de espacios de encuentro comunitario y la creación progresiva de vínculos territoriales múltiples, se propone la constitución de redes comunitarias e interinstitucionales, y el sostenimiento de vínculos de cuidado existentes. Desde una perspectiva colectiva y subjetivante como alternativa al modelo normativo, entendemos a la promoción de la salud referida al fortalecimiento de la capacidad colectiva para lidiar con la multiplicidad de los avatares la salud y la vida. En este sentido y desde el movimiento de salud colectiva, la salud integral está relacionada a valores como solidaridad, equidad y participación (Czeresnia y Freitas, 2006).

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 las formas de trabajo, relación y articulación con la vida comunitaria. Para ello, se han revisado herramientas conceptuales e incorporado estrategias de intervención múltiple, cuyas características principales han sido la escucha, la creatividad y la flexibilidad. El desarrollo de estas estrategias nuevas ha requerido un 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.

Una primera característica que ha dado especificidad a las acciones integrales de promoción de salud mental realizadas está dada por su carácter principalmente vincular. Se ha tratado de prácticas comunitarias cuyo objetivo central ha sido crear, sostener y profundizar relaciones 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). Se ha tratado de una tarea relacional que, en varios casos, ha requerido que los equipos de salud realicen un movimiento de inclusión en las redes comunitarias existentes (Dabas y Perrone, 1999).



Constituirse, desde las instituciones asistenciales en nodos de la red comunitaria en contexto de pandemia, ha representado un gran desafío. Este proceso sólo ha sido posible a partir de una articulación de dispositivos y prácticas múltiples, articulando acciones con diferentes instituciones y organizaciones, en diferentes niveles, todo lo que ha habilitado a una participación activa de los equipos institucionales en la vida comunitaria. 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).

Uno de los desafíos vigentes se ha encontrado en la generación de lo que podríamos llamar, tomando la idea de lo anfibio de Maristella Svampa (2008), como prácticas anfibiales en salud mental, 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 dúctiles, flexibles y permeables, que dialoguen creativamente con las prácticas y saberes situados en el territorio, reconociendo los recursos comunitarios existentes. En este desafío, las formas de organización y de participación presentes en cada comunidad han servido también como brújula para orientar las prácticas.

En esta tarea ha sido necesario reconocer haberse encontrado con situaciones y dificultades diferentes a las que habitan los dispositivos clínico-asistenciales. Se ha podido reflexionar en este sentido, comprendiendo que las prácticas territoriales conllevan tensiones y conflictos que le son inherentes. 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 este proceso la creatividad se ha vuelto central como motor de cambio y apertura a nuevas posibilidades. 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 cierta fuerza de lo nuevo y lo vital a las prácticas institucionales. La creatividad como recurso humano inagotable se desarrolla intersubjetivamente (Mitjans Martínez, 2006), brindando además recursos para la construcción de vínculos comunitarios e interinstitucionales, los que pueden ser entramados a través de la propia actividad. En este contexto, donde ya no alcanza con esperar la demanda en el interior de las instituciones, la creatividad se ha presentado como el interjuego posible de lo múltiple y lo diverso en el diseño de nuevas estrategias.

Otra característica que ha sido significativa y a atravesado todo el proceso descrito ha sido cierta horizontalización de la relación profesional-usuario/a. En las prácticas asistenciales nos encontramos con una situación inédita: tanto profesionales como población asistida se encuentran atravesando un proceso más o menos angustiante, que ha significado una abrupta ruptura biográfica, restringiendo y transformando significativamente los itinerarios cotidianos. La incertidumbre que parece sostenerse en el tiempo y la dificultad de la planificación del futuro impacta y nos interpelan colectivamente. En este sentido, Alicia Stolkiner (2020) afirma que la



horizontalización de esta relación profesional-usuario ha sido uno de los impactos de esta pandemia en las prácticas, evidenciando la situación de excepcional vulnerabilidad que nos atraviesa como colectivo social.

Asimismo, ha resultado sustancial reconocer la necesidad de generar y sostener 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 también espacios de supervisión e intercambio. Estos espacios permiten, a su vez, el fortalecimiento de las redes institucionales internas.

Por último, resulta necesario mencionar que el proceso de acompañamiento a estos equipos territoriales de salud mental en este contexto ha significado también un gran desafío, propiciándolo como un espacio de escucha, intercambio y sobre todo de cuidado al interior de los equipos. 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.

4. Conclusión

A partir de la descripción y análisis previos se concluye que ha sido posible un proceso de readecuación de estrategias comunitarias de salud mental en el primer nivel de atención en centros de salud de barrios pobres de las zonas sur y oeste del Conurbano Bonaerense. Dicho proceso ha estado caracterizado por múltiples dificultades y desafíos relacionados con un contexto caracterizado no sólo por el distanciamiento social, sino por la imprevisibilidad y la dificultad en la planificación. También 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. Una potencia ha estado dada en la capacidad de desarrollar estrategias nómades o anfibas, cuyas características centrales sean la ductilidad, flexibilidad y creatividad, así como el desarrollo de múltiples formas de escucha y acompañamiento en contextos diversos.

Asimismo, las complejidades relevadas en la puesta en marcha de un modelo de abordaje comunitario centrado en el trabajo interdisciplinario e intersectorial en el contexto de pandemia actual son, en parte, producto de 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). La posibilidad de revertir el verticalismo que ha caracterizado 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.

En este recorrido hemos encontrado en la promoción en salud mental comunitaria una estrategia central que permite, desde una perceptiva 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 mental. La medida preventiva de distanciamiento físico en contexto de pandemia ha 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 verdaderamente en y junto con la comunidad para la producción colectiva de la salud y la salud mental.

Por último, este tiempo también se nos presenta como una oportunidad para revisar y desterrar las lógicas de encierro y aislamiento como prácticas cotidianas de salud mental, 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 la despatologización del sufrimiento humano. También es un tiempo para visibilizar la importancia de un Estado presente, haciendo red, promoviendo y fortaleciendo esas redes comunitarias de cuidados.

Referencias

- 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.
- Bang, C (2020) Salud mental en tiempos de pandemia: re-tejiendo redes comunitarias desde la participación y la organización colectiva. Entramados en el Viento. Revista interdisciplinaria de salud mental comunitaria. 1(1), 5-8.
- 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>.
- Braunstein, N., Pasterneac, M., Benedito, G. y Saal, F. (1975). *Psicología: Ideología y ciencia*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- 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>
- Czeresnia, D. y Freitas, C. (2006). *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones*. Buenos Aires: Lugar.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1999). *Redes en Salud*. Buenos Aires: FUNSER. Recuperado de <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/redes.pdf>
- Galende, E. (1997). Situación actual de la Salud Mental en Argentina. *Revista salud, problema y debate*, 17, 10-15.
- 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.
- Minayo, M.C.S. (1997). *El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Mitjans 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 http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] / UNICEF. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata*. Alma-Ata, URSS., 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]-OMS (1990) *Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Caracas. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf
- 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. (2020) *El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia*. *Revista Soberanía sanitaria, Edición Especial – Pandemia*. (pp. 22-26) Recuperado de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/edicionespecialpandemia.pdf>
- Stolkiner, A. (2015). *Salud Mental: Avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria*. En D. Gollan y otros: *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria* (pp. 57-70). Buenos Aires: Ed. Colihue
- 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.

Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. & Lamadrid, S. (2001). Social Medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1592-1601.

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

Woronowski, M. (2018). Encrucijadas. *Revista Soberanía Sanitaria* 2(4), 43-47. Recuperado de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2019/03/revistaSSnro4.pdf>