



Revista Colombiana de Ciencias Sociales

ISSN: 2216-1201

Universidad Católica Luis Amigó

Bang, Claudia
ABORDAJES COMUNITARIOS EN SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN: CONCEPTOS Y PRÁCTICAS DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL 1
Revista Colombiana de Ciencias Sociales, vol. 12, núm. 2, 2021, Julio-Diciembre, pp. 778-804
Universidad Católica Luis Amigó

DOI: <https://doi.org/10.21501/22161201.3616>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497870463015>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

LUSEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ABORDAJES COMUNITARIOS EN SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: CONCEPTOS Y PRÁCTICAS DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL¹

COMMUNITY APPROACHES IN MENTAL HEALTH AT THE FIRST LEVEL OF CARE: CONCEPTS AND PRACTICES FROM AN INTEGRAL PERSPECTIVE

Claudia Bang*

Universidad de Buenos Aires

Recibido: 14 de mayo de 2020-Aceptado: 24 de noviembre de 2020-Publicado: 16 de julio de 2021.

Forma de citar este artículo en APA:

Bang, C. (2021). Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 778-804. <https://doi.org/10.21501/22161201.3616>

Resumen

El objetivo de este trabajo fue realizar una aproximación conceptual y análisis de prácticas que permitan problematizar la inclusión de estrategias comunitarias en abordajes integrales de salud mental. Desde una perspectiva cualitativa, este escrito es producto de un proceso de articulación conceptual y sistematización derivado de un análisis reflexivo sobre prácticas de salud mental desarrolladas en el primer nivel de atención en la ciudad y provincia de Buenos Aires desde el año 2010. Se reconoce la fragilización de redes comunitarias como una problemática colectiva en salud mental, y se propone a la promoción en salud mental como estrategia central que permite, desde una perspectiva no normativa e integral, el desarrollo de acciones participativas y el fortalecimiento de lazos comunitarios solidarios como recursos colectivos para el cuidado

¹ Artículo derivado de los proyectos: UBACyT 20020190200040BA: "Atención primaria de salud y salud mental comunitaria: análisis de prácticas participativas e integrales llevadas adelante por instituciones en red" (2020-2021), y Proyecto PICT No. 2008: "Salud mental comunitaria y prácticas participativas que recuperan el pasado local" (2020-2022), ambos bajo la dirección de la Doctora Claudia Bang con sede en el Instituto de investigaciones de la Facultad de Psicología UBA. También se deriva del proyecto UBACyT 20020170100293BA: "Discursos, prácticas, actores y subjetividad en la articulación de atención primaria de la salud y salud mental", bajo la dirección de la Doctora Alicia Stolkiner (2018-2020), del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Este artículo es derivado, a su vez, de las investigaciones doctoral y posdoctoral de la autora, realizadas con dos becas doctorales (2009-2013) y una posdoctoral (2014-2017) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET).

* Doctora en Psicología. Docente e Investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. Contacto: claudiabang@yahoo.com.ar, ORCID ID: 0000-0003-1995-0527

de la salud mental. Se abordan ejes problemáticos relevados en la implementación de dichas prácticas y su relación con una vigente tensión entre los modelos biomédico e integral de atención. Se articulan reflexiones relacionadas a la pandemia por COVID-19, evidenciando una necesidad actual de profundizar el desarrollo de estrategias comunitarias en salud mental.

Palabras clave

Salud mental; Comunidad; Participación comunitaria; Interacción social; Creatividad.

Abstract

The objective of this work was to carry out a conceptual approach and analysis of practices that allow problematizing the inclusion of community strategies in comprehensive mental health approaches. From a qualitative perspective, this paper is the result of a process of conceptual articulation and systematization derived from a reflexive analysis of mental health practices developed in the first level of care in the City and Province of Buenos Aires since 2010. The fragilization of community networks is recognized as a collective mental health problem, and mental health promotion is proposed as a central strategy that allows, from a non-normative and comprehensive perspective, the development of participatory actions and the strengthening of supportive community bonds, as collective resources for mental health care. It addresses problematic axes revealed in the implementation of such practices and their relationship with a current tension between the biomedical and integral models of care. Reflections related to the COVID-19 pandemic are articulated, evidencing a current need to deepen the development of community strategies in mental health.

Keywords

Mental health; Community; Community participation; Social interaction; Creativity.

INTRODUCCIÓN

Luego de la Segunda Guerra Mundial, y en un marco de defensa de los derechos humanos, se inaugura un proceso de transformación a nivel global del modelo de atención de los padecimientos mentales (Basaglia, 1968; Galende, 1997). En Argentina, desde la segunda mitad de siglo XX se han desarrollado prácticas comunitarias y participativas de abordaje de los padecimientos mentales, que han cuestionado fuertemente el modelo manicomial (Carpintero & Vainer, 2007). A partir de este proceso, algunas jurisdicciones han logrado sostener en el tiempo un modelo comunitario de atención, generando incluso sus propias legislaciones locales (Cohen & Natella, 2013). Hacia fines del año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones No. 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 (Ministerio de Salud y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010). A partir de allí, las problemáticas de salud mental deben ser abordadas en el primer y segundo nivel 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 (Woronowski, 2018; Stolkiner, 2015), con grados y formas de implementación variables en los diferentes territorios. En estos 10 años, los avances han sido múltiples, centrados principalmente en la limitación y regulación de las internaciones por motivos de salud mental, la creación de instancias como el Consejo Consultivo Honorario o el Órgano de Revisión Nacional y provinciales, y la constitución de equipos interdisciplinarios para el diagnóstico y abordaje terapéutico, entre otros. Sin embargo, el desarrollo de prácticas comunitarias e integrales de salud mental enmarcadas en los principios de la Atención Primaria de Salud Integral sigue siendo uno de los principales desafíos (Parra, 2016). Un ejemplo de ello está dado en el primer nivel de atención, donde las prácticas de prevención y promoción en salud mental suelen desarrollarse de forma aislada y reducidas a acciones focalizadas y dirigidas a población específica, sin lograr continuidad en el tiempo ni articulación con otras prácticas institucionales.

En el proceso de capacitación, supervisión y acompañamiento a equipos profesionales de salud mental del primer nivel de atención, se han podido observar algunas dificultades para la inclusión de prácticas comunitarias e integrales como parte del proceso de implementación de la Ley de Salud Mental. En primer lugar, una deficitaria formación conceptual y práctica para el abordaje de problemáticas comunitarias de salud mental ha obligado a muchos equipos de profesionales a aventurarse en *lo comunitario* guiados por la intuición y la improvisación. A esto se le suma una falta de espacios y tiempos institucionales dedicados a la generación de estrategias comunitarias de intervención, en favor de una hegemonización de las prácticas clínicas en consultorio individual.

Nos encontramos así con una escasez de herramientas teórico-conceptuales y prácticas que permitan el desarrollo de estrategias integrales para el abordaje de problemáticas de salud mental en la comunidad, que trabajen no solo la dimensión asistencial del padecimiento individual, sino que incluyan dispositivos comunitarios y participativos. Para ello, es necesario el desarrollo de estrategias de prevención y promoción integral, articuladas con prácticas asistenciales y comunitarias en el primer nivel de atención. Resulta 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.

La pandemia por COVID-19 ha conllevado un fuerte impacto psico-social, lo que se ha traducido en una necesidad creciente de abordaje de problemáticas de alta complejidad. Dicha situación ha actualizado los debates en relación a los modelos de atención del padecimiento, visibilizando aún más la necesidad de abordajes comunitarios en salud mental que puedan trabajar territorialmente articulados en políticas integrales de salud.

A partir de este recorrido, el presente escrito tiene un propósito doble: por un lado, realizar un aporte conceptual que permita comprender las problemáticas de salud mental desde una perspectiva compleja e integral, acorde a los abordajes comunitarios y participativos, visibilizando la necesidad de inclusión de prácticas de promoción en salud mental comunitaria; por el otro, abordar algunas dimensiones y ejes problemáticos que hacen a la implementación de dichas prácticas concretas en el primer nivel de atención.

Metodológicamente, y desde una perspectiva cualitativa, este escrito es producto de un proceso de sistematización y articulación conceptual que parte de un análisis reflexivo sobre las prácticas comunitarias en salud mental integral en el primer nivel de atención. Se ha accedido a dichas prácticas a través del intercambio con equipos profesionales en espacios de docencia, supervisión y capacitación desarrollados por más de 10 años en la ciudad y provincia de Buenos Aires, así como en el trabajo con profesionales de equipos territoriales del interior del país y el desarrollo de prácticas extensionistas afines. Como resultado de dicho proceso, el presente desarrollo cuenta con 4 apartados: el primero aborda la importancia de incorporar las dimensiones subjetiva, histórica y contextual en la comprensión de las problemáticas de salud mental; el segundo presenta algunas características significativas en la producción de padecimiento subjetivo actual como problemática de salud mental; el tercero aborda conceptualmente la estrategia de promoción de salud mental como central para el abordaje articulado de estas problemáticas; y el cuarto se centra en la problematización de las prácticas, estrategias y recursos de intervención afines a esta conceptualización.

Se han incorporado ejemplos provenientes de experiencias que han sido objeto de las investigaciones doctoral y posdoctoral de la autora de ese escrito, ambas relacionadas a prácticas de promoción en salud mental comunitaria desarrolladas por equipos profesionales de dos centros

de salud de la ciudad de Buenos Aires. Asimismo, se introducen breves comentarios relacionados con las medidas de distanciamiento social y preventivo producto de la pandemia por COVID-19, la que tuvo lugar durante el trabajo de redacción.

Este escrito se inscribe en una línea de trabajo que entiende a la salud y la salud mental desde una perspectiva integral y no normativa (Czeresnia & Freitas, 2006), recuperando la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad-cuidados (Waitzkin et al., 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 & Silva Paim, 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 & Solitario, 2007). Por último, se espera que este escrito se constituya en un aporte significativo como insumo para el desarrollo de prácticas comunitarias que puedan articularse en estrategias integrales de abordaje de las problemáticas de salud mental, y un aporte a la formación profesional.

La salud mental desde una perspectiva integral: la dimensión subjetiva como eje epistémico-conceptual

Es sabido que el modelo biomédico de atención ha centrado históricamente su mirada en la enfermedad mental desde una perspectiva individual, basándose en la identificación de diagnósticos psicopatológicos (Menéndez, 1997). Consecuentemente, el campo de problemáticas en salud mental ha sido delimitado por la epidemiología y la clínica psiquiátrica en torno a clasificaciones nosográficas basadas en la noción central de *trastorno mental* (Augsburger, 2004). Este proceso ha dejado por fuera el reconocimiento de la vivencia subjetiva del padecimiento y la importancia de la trama socio-histórica y cultural en la que éste se inscribe (Canguilhem, 2013). Desde una perspectiva médico/científico-objetivante es que se le ha retirado al padecimiento humano sus características subjetivas (Susser & Susser, 1996). El reduccionismo resultante ha sido central como base y legitimación en el proceso de hegemonización del tratamiento farmacológico de los llamados trastornos mentales, cuyos actores principales son las corporaciones médicas y la industria farmacéutica.

Desde una perspectiva de salud integral hemos subrayado la necesidad de trabajar e incluir categorías que nos permitan construir visiones más complejas e integrales que acerquen al sufrimiento humano, permitiendo incorporar su dimensión vivencial y subjetiva, generalmente eludida en los modelos de atención (Bang, 2014). Sigue resultando indispensable la inclusión

de lo diverso, lo histórico y lo colectivo en la lectura de los padecimientos de una época, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva con su correlato en la trama social, excediendo la posibilidad del abordaje puramente individual.

En línea con lo anterior, tomamos la idea de padecimiento subjetivo para recuperar la vivencia de sufrimiento psíquico (Augsburger, 2002) comprendida en el proceso de salud-enfermedad. Esta idea recupera la pregunta acerca de cómo los diferentes sujetos y grupos humanos transitan los avatares de la salud y la vida, y permite, asimismo, incorporar la dimensión histórico-social y cultural de toda problemática de salud mental como fenómeno complejo e intersubjetivo (Menéndez, 1997). En este sentido, recuperamos la importancia de la vivencia subjetiva, expresada de forma individual o colectiva, como dimensión central del proceso de salud-enfermedad. Para ello, rescatamos la noción de *experiencia* que Mabel Grimberg define como “(...) un proceso variable, situado en una trama de relaciones intersubjetivas, construido y reconstruido histórica y socialmente en una diversidad de dimensiones (cognitivas, normativo-valorativas, emotivas, etc.)” (Grimberg, 2003, p. 81). A partir de aquí es posible afirmar que la experiencia o vivencia del padecimiento, como proceso subjetivo e inter-subjetivo, no encuentra lugar ni abordaje posible si el diagnóstico de problemáticas en salud mental es reducido solo a las clasificaciones psicopatológicas como categorías estancas (Faraone, 2013).

Una perspectiva integral y compleja del sufrimiento humano nos permite no solo incorporar una mirada subjetivante en la atención de los padecimientos mentales, sino reconocer como problemáticas de salud mental a un amplio espectro de situaciones vividas de forma individual o colectiva que conllevan alto grado de padecimiento subjetivo, sin ser psicopatologizables. Nos referimos a problemáticas complejas y multidimensionadas: procesos de desalojos en contexto de precarización laboral, situaciones vividas individual o colectivamente relacionadas con procesos de recesión económica, procesos migratorios, situaciones complejas asociadas a la vulneración de derechos, situaciones de violencias domésticas e institucionales, problemáticas relacionadas al aislamiento social general, entre tantos otros. Hoy lentamente comenzamos a visibilizar, por ejemplo, a la violencia de género como problemática compleja que impacta en la salud mental y que genera un alto grado de padecimiento subjetivo, la cual ha sido invisibilizada y naturalizada durante décadas. El padecimiento subjetivo que conlleva el proceso de interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de ilegalidad también hoy comienza a ser visibilizado como otra problemática compleja que atañe al campo de la salud mental. Otro ejemplo está dado por la situación actual de pandemia, la que ha conllevado una fuerte ruptura biográfica vivida colectivamente. El distanciamiento físico prolongado (cuando ello ha sido requerido y posible) en un contexto de incertidumbre y de significativo empobrecimiento, hoy evidencia la carga de padecimiento psíquico contenido en situaciones de fuerte adversidad, lo que requiere ser reconocido como problemática de salud mental.

Padecimiento subjetivo y producción de subjetividad contemporánea

El padecimiento subjetivo toma formas inscriptas en procesos socio-históricos y culturales de subjetivación, cuya vivencia luego se particulariza en lo cotidiano. En este apartado nos proponemos abordar algunas de sus dimensiones constitutivas como insumo para la comprensión de las problemáticas comunitarias contemporáneas de salud mental.

La producción de subjetividad propia de esta época tiende a una estandarización global de las maneras de pensar, una pérdida de solidaridad y una agudización del narcisismo (García-Canclini, 2010). La importancia del vínculo intersubjetivo en la contención del sufrimiento ha dado paso a la ilusión de encontrar en el mercado cada producto exacto para lograr un alivio en extremo rápido y eficaz. El avance de la tecnología ha creado además un circuito de consumo donde no es ni siquiera necesario el vínculo humano directo, abonando un terreno donde pareciera que el otro/a es prescindible. Al comienzo del período de aislamiento preventivo en contexto de pandemia por COVID-19, ha sido significativo cómo rápidamente han aumentado las publicidades en medios electrónicos, para muchos/as única forma de conectarse con el medio extrafamiliar, invitando a seguir consumiendo desmedidamente aun en situaciones excepcionales, sin salir de los hogares.

A su vez, el mercado laboral actual se sostiene en la exigencia creciente de productividad en condiciones de fuerte precarización, lo que además deja grandes sectores de la población fuera del mercado de trabajo. A la amenaza constante del otro/a, como potencial rival o adversario/a en un contexto laboral de competencia feroz, se le suma lo que Franco Berardi describe como *ideología felicista*, en total relación con el modelo productivo, que necesita sujetos sin angustia para seguir produciendo. Para este autor, la felicidad "(...) es el valor esencial de la mercancía que producimos, compramos y consumimos" (2003, p. 29). La felicidad no parece ser hoy una opción, sino una obligación e imposición reforzadas constantemente por los medios de comunicación, sin dejar espacio para transitar angustias propias de procesos vitales, mostrar miedos o conflictos. La producción estética de la felicidad que genera y sostiene la publicidad, junto a la necesidad de acallar de forma inmediata cualquier desvío por medio del consumo, refuerza el proceso de mercantilización de la vida cotidiana (Galende, 2008). En contextos de pobreza, este imperativo de felicidad asociada al consumo es gran productor de padecimiento, ya que su promesa parece ser algo reservado siempre para otros/as. Durante el período de distanciamiento preventivo por COVID-19, ha sido notoria una vertiente productiva que impulsaba, mediante las redes sociales y en los medios de comunicación, formas de encontrar mayor productividad aun en ese tiempo que obligatoriamente y para muchos/as se ha transformado en ocioso, lo que pone de manifiesto una dificultad significativa de hacer lugar a una angustia inevitable relacionada con la modificación abrupta de nuestros itinerarios de vida y a la incertidumbre global sobre el futuro.

La producción de subjetividad contemporánea tiende, a su vez, a una sobrevaloración de lo global y lo virtual, en detrimento de lo comunitario y local. Los medios masivos de comunicación ocupan hoy un lugar central en la construcción social de sentidos, lo que Eva Giberti (1994) nombró como *parafamiliar mediático*. La comunicación global privilegia canales virtuales e impone una lógica temporal de velocidad e inmediatez (Virno, 2003). La utilización de la comunicación virtual se configura como una herramienta central de uso creciente en todos los ámbitos: desde lo laboral, familiar, cultural o recreativo. La sobreinformación global, donde la realidad se hace más dinámica y móvil, deja cada vez menos espacio para el análisis y la posibilidad de creación de perspectivas críticas. Mediados por la virtualidad, las formas de construcción y sostenimiento de vínculos humanos se ven transformados, siendo cada vez más dinámicos y cambiantes, incluso fugaces. Ahora bien, las redes de comunicación virtual también son la forma en que, muchas personas, y por diferentes circunstancias, logran mantener redes sociales y afectivas. Durante la pandemia por COVID-19, las redes de comunicación virtual han sido los medios que nos han permitido mantener vínculos de cuidado y redes de contención psicológica, aun en el distanciamiento. En consecuencia, la tecnología no necesariamente es productora de sufrimiento, lo es cuando se vincula a valores neoliberales como el individualismo, la competencia y el consumismo desenfrenado.

En consonancia con estos procesos, las configuraciones territoriales también se han modificado significativamente. En núcleos urbanos, la comunidad ha perdido sus características tradicionales de estabilidad y seguridad, productora de vínculos de contención permanentes en el tiempo (Bang Y Stolkner, 2013). Vivimos en tiempos de desterritorialización de los vínculos personales y comunitarios (Piselli, 2007), donde los procesos identitarios que construyen sentido de comunidad toman formas rizomáticas (Montenegro et al., 2014), atravesados dinámicamente por procesos múltiples, sostenidos entre lo presencial y lo virtual. Con redes de formas variables y vínculos diversos en diferentes niveles, las comunidades presentan hoy configuraciones móviles con anclajes identitarios que combinan territorialidad y desterritorialización. En consecuencia, los barrios, territorios o comunidades geográficamente situados han perdido su lugar privilegiado en la producción de vínculos comunitarios estables, viendo hoy limitada su capacidad histórica de producción de prácticas de cuidado y contención.

Otro aspecto central que ha impactado en la realidad comunitaria es la transformación de las prácticas de cuidado, históricamente asignadas a las mujeres como parte de sus tareas domésticas y obligaciones (Nari, 1995). Con el acceso y la incorporación creciente de las mujeres al ámbito laboral fuera del hogar, comienza un proceso de fragilización de redes de contención comunitaria, las que no han logrado reconfigurarse sin la omnipresencia de las mujeres. A ello se suma una sobrecarga creciente, que obliga aun hoy a las mujeres a ser quienes, luego de largas jornadas laborales mal pagas, asistan a niños/as, enfermos/as y ancianos/as dentro de los núcleos familiares

(Lorente-Molina, 2004). La incorporación de varones en las redes familiares y comunitarias de cuidados sigue siendo escasa, quedado aún más desprotegidos/as quienes históricamente han quedado al cuidado femenino, entre ellos/as las personas con padecimiento mental.

Todos los procesos hasta aquí descriptos presentan una gran incidencia en la transformación de las redes vinculares y de cuidados comunitarios. Dichos procesos han confluído en la fragilización de vínculos sociales y pérdida de lazos solidarios (Lodieu, 2013), caracterizando un fenómeno que Emiliano Galende (1997) ha llamado *soledad relacional*, producto de la reducción progresiva y significativa de los vínculos cotidianos. En este sentido, Franco Berardi (2019) afirma que vivimos en tiempos de *des-erotización* de la relación social, ya que las relaciones interpersonales han sido significativamente reemplazadas por relaciones con objetos de consumo. La soledad relacional se constituye, así, en una problemática significativa en salud mental en la sociedad contemporánea, caracterizando una dimensión de alto padecimiento subjetivo actual. En el campo de la salud mental este proceso complejo se traduce en una agudización de la medicalización de la vida cotidiana (Galende, 2008). La publicidad de analgésicos y tranquilizantes refuerzan aún más el imaginario de un vínculo estrecho entre problemáticas vinculares y soluciones químicas inmediatas, las que además tienen la ventaja de eximirnos de lidiar con el vínculo humano, el cual se presenta como problemático. En este sentido, la psicofarmacología y los medios virtuales de comunicación parecen alejarnos aún más de la necesidad de vínculos humanos estrechos y permanentes en el tiempo.

Estos procesos impactan de forma diferencial en cada grupo social, llevando un padecimiento adicional a quienes no tienen el acceso a los niveles de consumo que el mercado parece imponer o a quienes sienten no poder adaptarse a las nuevas exigencias laborales o imperativos comunicacionales. Este proceso hoy se refuerza en una cultura del miedo cada vez más arraigada, la que produce profundos procesos de estigmatización. La construcción simbólica del otro como peligroso se instala cada vez más en nuestras sociedades contemporáneas: históricamente poblada por imágenes de la locura, en las últimas décadas se ha construido mediáticamente una figura de la peligrosidad alrededor del joven varón y pobre, asociada al consumo de drogas (Galende, 2008). De forma similar, la situación de pandemia por COVID-19 ha dado lugar a procesos segregativos hacia personas que transitan o han transitado la enfermedad y hacia profesionales de la salud por el potencial peligro de contagio con acciones fuertemente discriminatorias y estigmatizantes, proceso reforzado por los medios masivos de comunicación.

La promoción de la salud mental desde una perspectiva integral y comunitaria

Desde una perspectiva de Atención Primaria de la Salud Integral (Rifkin & Walt, 1986; Labonté & Packer, 2017), y a partir del reconocimiento de una necesaria articulación de sus principios en las prácticas de salud mental comunitaria, hemos encontrado en la estrategia de *promoción en salud mental comunitaria* una herramienta útil para la inclusión de la dimensión colectiva, socio-histórica, vincular y subjetivante en las prácticas integrales de salud y salud mental. A partir de una revisión bibliográfica anterior, la hemos definido como un conjunto de acciones tendientes a

la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación hacia la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, fortaleciendo las redes comunitarias y generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados. (Bang, 2014, p. 114)

Lejos de entender que la salud es responsabilidad individual, en esta definición la *autonomía* está relacionada con la posibilidad de constitución de la comunidad como actor social activo en la toma de decisiones, en conjunto con las instituciones. Este proceso requiere que los equipos asistenciales se reconozcan como parte de este entramado y desarrollen acciones que promuevan vías fluidas de intercambio y toma de decisión conjunta.

Como correlato legal, y en congruencia con lo planteado, la Ley Nacional de Salud Mental antes citada prevé en su artículo 11, dentro de las acciones de inclusión social y dispositivos de salud mental comunitaria, la creación de servicios para la promoción y prevención en salud mental (Ministerio de Salud y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010). De esta forma, se resalta la necesidad de incorporación de prácticas promotoras de salud mental como parte de las estrategias integrales.

En otro escrito (Bang, 2014) ya se han abordado conceptual e históricamente las ideas de prevención y promoción de salud y salud mental. Interesa aquí subrayar una mirada crítica hacia una visión biomédica y normativa de la promoción de la salud centrada exclusivamente en la difusión de estilos de vida saludables, basados principalmente en la buena alimentación y el ejercicio físico diario. Estas recomendaciones suelen transmitirse como imperativos universales, invisibilizando las condiciones de vida diferenciales que, en gran parte de la población, se traducen en limitaciones para su cumplimiento. Al presentarse como únicas vías de acceso a la supuesta buena salud, estos imperativos se transforman en promotores de sufrimiento subjetivo, generando además sentimientos de culpa en quienes –por lo general las mujeres como históricas responsables del cuidado familiar– no logran alcanzarlos.

Como parte de un acompañamiento de actividades promotoras de salud llevadas adelante en un centro de salud en una zona marginal de la ciudad de Buenos Aires², se asistió a la realización de un taller de alimentación saludable, coordinado por un equipo interdisciplinario, con la participación de un gran número de mujeres del barrio. El taller consistió en una explicación sobre la necesidad de llevar adelante una dieta familiar equilibrada, favoreciendo sobre todo el sano desarrollo de niñas/os y el cuidado de adultas/os mayores. Para que fuera participativo, el taller incluyó un juego en el que las participantes hicieron corresponder las frutas y verduras con sus principales beneficios. Al salir, una de las mujeres que más animadamente jugaba al final del encuentro refirió que se había sentido a gusto y que ella intentaba participar de esas actividades para saber más, pero que solo llegaba a comprar para su familia arroz y fideos. Lejos de ser una excepción, estas experiencias hegemonizan el campo de prácticas en promoción de salud, legitimando la idea implícita de una responsabilidad individual sobre el cumplimiento de las acciones que permitirán el acceso a una *buena salud* y mostrándose poco efectivas en contextos de privación económica por su inaccesibilidad.

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 en la salud y la vida. Desde el movimiento de salud colectiva, la salud está relacionada con valores como solidaridad, equidad y participación (Czeresnia & Freitas, 2006). En el contexto de producción subjetiva actual, donde proliferan vínculos de desconfianza, segregativos, competitivos o violentos, entendemos que resulta indispensable llevar adelante prácticas comunitarias que tiendan a la generación, permanencia y fortalecimiento de vínculos y relaciones comunitarias que posean la característica de solidaridad y alojen la vivencia subjetiva del padecimiento humano. Así es como el desarrollo de prácticas comunitarias con enfoque participativo genera grandes oportunidades y fortalezas desde una propuesta que no solo trabaja con usuarios/as del sistema de salud mental, sino que incluye a toda la comunidad, preparándola para el abordaje de problemáticas psicosociales en su complejidad.

La apertura epistemológica requerida para esta transformación promueve, a su vez, una relación estrecha entre los conceptos de promoción y prevención. El descentramiento de una definición de salud mental basada exclusivamente en diagnósticos psicopatológicos permite visibilizar e incluir la dimensión de padecimiento subjetivo asociado a problemáticas psicosociales complejas, requiriendo, asimismo, una ampliación de las acciones preventivas. Dichas acciones requieren ya no estar acotadas a la prevención de trastornos mentales, sino incluir también prácticas que actúen sobre las condiciones de aislamiento y soledad relacional antes descriptas. Entendemos que desde esta perspectiva ampliada, la promoción de la salud mental produce en sí misma efectos de prevención del padecimiento subjetivo asociado a las condiciones de generación del

² Se trató de un acompañamiento a equipos comunitarios pertenecientes a un centro de salud ubicado en el barrio de Villa Soldati en la ciudad de Buenos Aires, realizado durante el año 2014.

aislamiento social y la soledad relacional. En consecuencia, la promoción de redes de contención comunitaria y el sostenimiento de procesos participativos asociados a ellos se constituyen en factores protectores de la salud y la salud mental.

En línea con lo planteado hasta aquí, se reconoce una estrecha relación entre promoción de salud mental y promoción de derechos. Desde organismos internacionales existe un reconocimiento creciente de que el ejercicio de derechos resulta imprescindible en la salud mental comunitaria (OMS, 2004), entendiendo que un modelo comunitario de salud mental tiene como condición básica el respeto y la garantía de los derechos como base y estructura de su funcionamiento (Natella, 2017). Es la propia Ley de Salud Mental que reafirma esta relación, no solo al reconocer en su primer artículo a la salud mental como un derecho, sino al afirmar más adelante que la preservación de la salud mental “(...) implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ministerio de Salud y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010, Art. 3). En este sentido, entendemos que el desarrollo de prácticas de salud basadas en una perspectiva de derechos será, a su vez, promotor de salud y salud mental.

Ahora bien, teniendo en cuenta que los derechos humanos se presentan como un producto paradójico de la modernidad y el capitalismo (Stolkiner, 2010), reconocemos una tensión histórica entre derechos civiles e individuales y derechos sociales y colectivos. En este sentido, y compartiendo una crítica hacia la visión universalista e europeizante de los derechos (Dussel, 2015), sostenemos la necesidad de reconocer la pluralidad de realidades culturales y socio-históricas no hegemónicas, lo que constituye la necesidad del reconocimiento de *lo pluriversal* en la perspectiva de derechos (Luciani Conde, 2019). La incorporación de una mirada plural y diversa sobre las realidades socio-históricas y culturales de los pueblos ha permitido, por ejemplo, el reconociendo del derecho al *buen vivir*, como parte de la cosmovisión andina, uno de cuyos ejes centrales está dado por la necesidad de vivir en armonía con los otros/as y con la naturaleza. En este sentido, la Medicina Social Latinoamericana promueve la idea del derecho al buen vivir o vivir bien, que implica la confrontación del individualismo y la competencia, típicos de la sociedad de mercado, para sustituirlos por la solidaridad y la cooperación, en un modelo de desarrollo que permita la satisfacción de las necesidades de todos/as (ALAMES, 2011).

Por último, encontramos que una potencia de las prácticas de promoción de salud mental es su capacidad de incidir en el proceso de *medicalización de la vida cotidiana*. El sostenimiento de redes comunitarias de cuidados, al fortalecer la capacidad colectiva y articulada de abordaje de las problemáticas de salud y salud mental, desalienta el consumo y revierte procesos de mercantilización de la vida. La despatologización del sufrimiento psíquico, la desnaturalización de la relación entre insatisfacción y consumo permanente, junto con la creación y sostenimiento de vínculos afectivos y de confianza entre equipos de salud y comunidad son acciones que van en la vía de la producción de la salud y el buen vivir. En este sentido, el ejercicio del derecho a la salud

mental y a la vida digna promueve una paulatina desmedicalización de la vida (Díaz y Ramírez, 2017). Promover el encuentro comunitario acentuando su dimensión necesariamente afectiva nos pone frente al desafío de incluir dicha dimensión en las acciones desarrolladas institucionalmente. Promover espacios colectivos donde el placer vuelva a tener lugar se convierte, así, en condición indispensable para una vida saludable, reconociendo la importancia del sostenimiento de la dimensión vincular y afectiva para el desarrollo de redes comunitarias e institucionales, como producción subjetiva del cuidado (Franco & Merhy, 2011).

Estrategias de abordaje e intervención

El abordaje conceptual realizado nos permite afirmar que las prácticas integrales de promoción en salud mental comunitaria poseen especificidad y una gran relevancia dentro del campo de acciones de salud mental. Las redes institucionales y comunitarias resultantes del sostenimiento de dichas prácticas se constituyen en recursos altamente significativos a la hora de abordar otras problemáticas de salud mental en la comunidad.

Lejos de pretender presentar un modelo acabado de intervención, este apartado se propone abordar algunas características y problematizar ciertos ejes constitutivos de dicha tarea, haciendo un énfasis en aquellos que han resultado significativos en la formación y acompañamiento de equipos profesionales en el primer nivel de atención.

Los vínculos solidarios como promotores de salud en lo comunitario

Una primera característica que da especificidad a las acciones integrales de promoción de salud mental está dada por su carácter principalmente vincular. Se trata de prácticas comunitarias cuyo objetivo central es crear y sostener relaciones de confianza y cooperación entre personas, grupos e instituciones, para luego acompañar sus procesos de participación y organización comunitaria (Montero, 2004). Las acciones que tiendan a la reconfiguración de redes de contención comunitaria requieren de la creación de vínculos entre elementos de dicha red (ya sean personas, grupos o instituciones) y el fortalecimiento de las relaciones existentes o su transformación hacia la cooperación. Se trata de una tarea relacional que requiere que los equipos de salud realicen un movimiento de inclusión en las redes comunitarias existentes. Constituirse, desde las instituciones asistenciales, en nodos de la red comunitaria representa un gran desafío, que solo es realizable a través de la generación y sostenimiento de relaciones de confianza con los actores comunitarios. Este proceso es posible solamente a partir de una participación activa de los

equipos institucionales en la vida comunitaria, sosteniendo acciones que tengan las características de constancia y permanencia en el tiempo, articulando acciones con diferentes instituciones y organizaciones en diferentes niveles.

Sabemos que los vínculos de toda red comunitaria e interinstitucional están sostenidos por personas singulares y portan sus características personales (Dabas & Perrone, 1999). En ese sentido, la constitución de vínculos, como toda relación humana, requiere de acciones que tiendan al progresivo conocimiento mutuo, a la generación de tiempos compartidos y a la construcción de afinidades y relaciones de confianza (Ròvere, 1999). Para iniciar este proceso, la vida y la actividad cultural de un barrio son una gran puerta de entrada debido a su carácter fuertemente participativo y su potencialidad en la generación de vínculos.

Como parte de una investigación anterior³, se han indagado las prácticas comunitarias llevadas adelante por una red de instituciones en un barrio del centro geográfico de la ciudad de Buenos Aires. Dicha red intersectorial comprende a las principales instituciones y organizaciones barriales, las que han desarrollado sus actividades comunitarias y de articulación interinstitucional a través de la realización conjunta de eventos callejeros periódicos, con contenido de arte, creatividad y juego, y gran participación comunitaria. El Centro de Salud y Acción Comunitaria del barrio, cuyas acciones habían estado centradas hasta el momento principalmente en la atención individual, ha participado en dicha articulación casi desde el inicio. Según los relatos de profesionales entrevistadas, una de las características principales de la atención en consultorios estaba dada por la dificultad en el seguimiento de la situación de familias migrantes que, por la complejidad de sus situaciones –dificultad en la regularización de su documentación, trabajos inexistentes o precarios, situaciones de hacinamiento habitacional y gran movilidad, entre otros–, les era muy difícil cumplir con la asistencia a entrevistas individuales pautadas, controles de salud, etc. En uno de los relatos de entrevistas, una profesional afirma que perdían el contacto con las familias con problemáticas más complejas en el barrio. Algo que les fue altamente significativo al comenzar a participar de los eventos que realizaba la red, fue que allí encontraron a los pacientes que habían perdido en el consultorio. A partir de ello se ha dado la inclusión sistemática de parte del equipo en la organización y participación en los eventos callejeros, lo que ha permitido la construcción de un vínculo significativo con la población y un acceso a sus problemáticas, articulando múltiples acciones con referentes institucionales y comunitarios. Esta articulación ha posibilitado, a su vez, sostener la relación entre el equipo profesional y la población del barrio e incluir la dimensión afectiva entre profesional y paciente, generalmente eludida en el modelo biomédico (Merhy, 2006). El evento callejero como espacio privilegiado de articulación intersectorial ha permitido, además, que las acciones interinstitucionales aumenten su efectividad, dejando de centrarse en derivaciones individuales e inciertas, y produciendo encuentros entre familias, pacientes y profesionales o referentes institucionales, destinatarios de dichas derivaciones, durante los eventos

³ Investigación doctoral: Promoción de salud mental y prácticas participativas de arte, creatividad y juego: estudio de caso. 2009-2013. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

callejeros. Este encuadre permite un primer encuentro en un espacio caracterizado por el placer y la constitución de relaciones de confianza y cuidado, lo que se extiende luego imaginariamente a las instituciones, facilitando su acceso.

A partir de este ejemplo, es posible afirmar que el desarrollo de estas estrategias requiere un cambio epistemológico. Las prácticas de salud del primer nivel de atención se encuentran históricamente atravesadas por una lógica binaria, propia del modelo biomédico (Menéndez, 2003) y de la formación profesional académica, cuyo efecto principal es la generación y el sostenimiento de dispositivos múltiples y fragmentados que funcionan como compartimentos estancos, y que a simple vista parecen inconciliables. Entre ellos se encuentra una división histórica entre dispositivos clínicos y comunitarios, generalmente desarrollados por diferentes equipos profesionales, sin articulación (Bang et al., 2020). Consecuentemente, se desprende la necesidad de llevar adelante las diversas prácticas institucionales de forma articulada para que la intervención resultante se corresponda con la complejidad de las situaciones abordadas. Se trata del desarrollo de estrategias de intervención múltiple, cuyas características principales sean la creatividad, la escucha y la flexibilidad. Aceptar nuevas demandas y construir en la heterogeneidad y a partir de lo imprevisible son algunas de las competencias a desarrollar.

Asimismo, resulta necesaria la progresiva incorporación de nuevas herramientas y formas de relación que permitan optimizar, de forma flexible, los canales de participación. Como ejemplo de ello, la ampliación en la utilización de herramientas tecnológicas durante el desarrollo de medidas de distanciamiento social y preventivo en contexto de pandemia ha mostrado lo significativo de este recurso como promotor de vínculos en situaciones de excepcionalidad. Por ello, y reconociendo la centralidad creciente de las redes virtuales en la construcción de lazos comunitarios, es de destacar la importancia de incorporar las tecnologías al servicio de la comunicación, sin deshumanizarla.

Teniendo en cuenta su carácter principalmente vincular es que se considera al desarrollo de prácticas promotoras de espacios de encuentro entre referentes institucionales y la comunidad como una tarea central de promoción de salud mental en lo comunitario. Múltiples son las formas posibles, desde eventos culturales o deportivos, hasta espacios asamblearios o recreativos, respetando y fortaleciendo las formas de participación preexistentes en la comunidad. Dar continuidad al sostenimiento de estos espacios abona su capacidad de generar vínculos de confianza, sin los cuales no es posible un acceso real a las problemáticas de salud asociadas al padecimiento subjetivo. En este sentido, todo abordaje verdaderamente participativo de las problemáticas de salud mental –que trascienda la demanda de atención individual– requiere la construcción previa de relaciones de reciprocidad y confianza.

La situación de pandemia vivida a nivel global nos ha evidenciado la importancia del sostenimiento de los vínculos y las relaciones sociales en situaciones de adversidad. El fortalecimiento de las redes de cuidado y contención psicológica ha sido la vía privilegiada de abordaje de situaciones de crisis subjetivas en contexto de aislamiento preventivo. En nuestro país, y ante las dificultades socio-económicas crecientes de los sectores más postergados, se han activado fuertemente las redes comunitarias existentes, representadas por organizaciones territoriales, principalmente comedores comunitarios. La tarea comunitaria en salud mental evidencia, entonces, la necesidad de partir del reconocimiento de los actores intervinientes en dicho entramado para articular acciones con ellos/as.

Constitución y sostenimiento de redes como proceso complejo

Una comunidad que logra contar con nutridas redes orientadas al cuidado y la solidaridad se encuentra más preparada para afrontar colectivamente sus dificultades y, en este sentido, es más saludable. Sobre el entramado en red resultante se podrán desarrollar las demás intervenciones, facilitando que los dispositivos clínicos puedan articularse a los cuidados comunitarios. De esta forma, las acciones realizadas al interior de las instituciones pueden tener su continuidad y correlato en la red comunitaria, todo lo que va en la vía de potenciar aún más la posibilidad de desarrollar estrategias complejas y articuladas. En el ejemplo de la red de instituciones del apartado anterior, el equipo profesional del centro de salud reconoce haber podido establecer estrategias de abordaje en relación a problemáticas complejas de salud y salud mental de núcleos familiares específicos a partir de su participación en los eventos callejos descriptos.

En numerosas oportunidades, y durante encuentros de supervisión, los/as profesionales han expresado frustración al no lograr articulaciones exitosas con otras instituciones del mismo territorio de intervención. A partir de la reflexión conjunta en dichos espacios se ha descubierto que las articulaciones han estado planificadas a partir de supuestos –sostenidos por representaciones imaginarias previas– sobre las formas de trabajo de la institución con la que se ha pretendido articular, sin conocimiento sobre su funcionamiento real. Esto evidencia que se suele avanzar hacia la formulación de propuestas complejas a realizarse interinstitucionalmente sin un proceso de conocimiento previo.

Ahora bien, entender la constitución de redes como un proceso vincular entre sujetos es de gran importancia para los equipos territoriales y comunitarios. En este sentido, Mario Ròvere (1999) entiende a la constitución de redes en salud como un proceso que se estructura por niveles crecientes, partiendo de una etapa de reconocimiento del otro, para interesarse por sus características distintivas, y progresivamente encontrar formas de colaboración. En este proceso, la apertura y el sostenimiento de espacios de encuentro institucional y comunitario son un primer paso orientado a la creación y fortalecimiento de redes formales e informales en diferentes

niveles. Por ejemplo, un proceso colaborativo de mapeo de redes en un barrio no solo permitiría visibilizar las redes comunitarias e institucionales existentes, sino que podría ser en sí mismo un proceso vincular de conformación de red.

Como parte de una investigación posdoctoral, se ha sistematizado una experiencia de promoción y atención de la salud desarrollada en un centro de salud ubicado en una zona marginal urbana del sur de la ciudad de Buenos Aires⁴. La misma se centró en la planificación y realización conjunta de actividades recreativas entre equipos profesionales interdisciplinarios e instituciones y organizaciones comunitarias. Dichas actividades se desarrollaban durante una semana, en la que el centro de salud se convertía en el epicentro de un gran despliegue e intercambio comunitario. Lo interesante fue que el objetivo central de dichas actividades se situaba, justamente, en la creación de espacios de encuentro con las instituciones del barrio y la comunidad, así como en el fortalecimiento de lazos con organizaciones y población para la planificación conjunta de acciones de salud. Durante meses se han contactado escuelas, comedores, organizaciones barriales y, a partir de los recursos creativos existentes y las problemáticas compartidas, se han creado obras de títeres, de teatro, cuentos, se han planificado actividades deportivas y recreativas, conformando una experiencia fuertemente interdisciplinaria con articulación intersectorial y gran participación comunitaria. El resultado de este proceso ha sido la concreción de un importante entramado interinstitucional y comunitario que ha trabajado para la producción colectiva de salud en el barrio. Otra dimensión significativa estuvo dada por la valoración de los/as profesionales en la constitución de redes de colaboración al interior de los equipos, conociendo las incumbencias y formas de trabajo con quienes no interactuaban en las prácticas cotidianas, lo que permitió ampliar los recursos de acción e incluir nuevos saberes.

Como lo refleja este breve relato, la inclusión de actividades lúdicas, artísticas y recreativas en prácticas interdisciplinarias de salud posee grandes potencialidades, ya que promueve la salud integral a nivel individual y grupal, propiciando la creación y sostenimiento de vínculos saludables. En este sentido, reconocemos al juego y la recreación como derechos colectivos, pocas veces reconocidos como tales en las prácticas. A nivel comunitario, la inclusión de recursos lúdicos y recreativos se constituye en estrategia privilegiada para la promoción de la participación social en salud y una vía regia para el tejido de redes interinstitucionales y comunitarias. Consecuentemente, es posible afirmar que el arte y el juego abordados individual, colectiva y comunitariamente pueden ser grandes promotores de salud mental comunitaria, ya que facilitan el desarrollo de potencialidades creativas en la comunidad, imprescindibles para afrontar colectivamente los avatares de la vida.

⁴ Investigación posdoctoral: Atención Primaria de Salud y Salud Mental: análisis de dispositivos basados en la participación comunitaria y la producción de cuidados en salud/salud mental, 2014-2017. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Tensiones del trabajo interdisciplinario

La interdisciplinariedad es reconocida como un aspecto clave para el desarrollo de estrategias comunitarias de promoción de la salud desde una perspectiva de Atención Primaria de la Salud Integral (OMS, 2004). En nuestro país, la Ley de Salud Mental impulsa la conformación de equipos interdisciplinarios para el abordaje integral de problemáticas de salud mental (Ministerio de Salud y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2010). La efectiva conformación de estos equipos ha implicado un gran desafío que ha contado con avances significativos, pero con múltiples dificultades, expresando resistencias profesionales e institucionales. Dichas dificultades están dadas, en parte, por la necesaria transformación significativa de la cultura institucional, de manera que permita a los equipos un intercambio regular para construir una base epistémica común y trabajar conjuntamente en la construcción de las problemáticas y el diseño de estrategias, siguiendo las características de reciprocidad, intencionalidad y cooperación recurrente (Elichiry, 1987). Trabajar interdisciplinariamente requiere abandonar las respuestas aprehendidas disciplinariamente para encontrarse con otros saberes y construir nuevas estrategias.

Dentro de las principales dificultades relevadas en las prácticas se encuentra la existencia de espacios de formación institucional predominantemente teóricos, que describen una forma de trabajo de manera idealizada y descontextuada. Suele no tenerse siquiera en cuenta las condiciones y exigencias de trabajo de los equipos, cuyas agendas institucionales acostumbra estar desbordadas. Resulta contradictorio que muchas instituciones ofrecen capacitaciones para luego no propiciar las condiciones de trabajo necesarias para el desarrollo de la tarea interdisciplinaria. Los espacios de reunión de equipos profesionales, ateneos o supervisiones, siguen centrados predominantemente en la presentación de abordajes disciplinares de casos individuales (Bang et al., 2020). En muchos equipos profesionales esta falta de intercambio produce, por ejemplo, un desconocimiento significativo sobre las especificidades e incumbencias de cada disciplina, alejando aún más la posibilidad del trabajo en conjunto, al no conocer siquiera cómo trabajan las/os otras/os. Esto se suma a una deficitaria formación profesional de grado, la que sigue siendo predominantemente disciplinar, parcelando al objeto de estudio y aportando pocas o nulas herramientas para el trabajo en equipo. Como consecuencia, muchos/as profesionales, luego de varios intentos frustrados, concluyen que la interdisciplina resulta una tarea irrealizable.

Estas dificultades encuentran gran parte de su explicación en el hecho de que la interdisciplina cuestiona fuertemente al propio modelo biomédico en el que se ha sostenido históricamente el sistema de atención en salud. Las corporaciones médicas, en alianza con la industria farmacéutica, siguen detentando el poder de decisión sobre las prácticas asistenciales de salud y salud mental (Menéndez, 2003). Los equipos interdisciplinarios, conscientes de ello o no, suelen funcionar como si las profesiones no médicas fueran meras colaboradoras, ejerciendo tareas periféricas y

sin articulación. Siendo la interdisciplina una acción principalmente cooperativa y participativa, se encuentra en tensión constante con la lógica fuertemente competitiva que caracteriza hoy a los ámbitos profesionales de trabajo.

A pesar de las dificultades planteadas, la interdisciplina comienza a ocupar cada vez un lugar de mayor centralidad, con un interés e incorporación creciente de formas de trabajo que desarrollan sus estrategias a partir del intercambio de saberes múltiples. Las experiencias de formaciones interdisciplinarias de grado y posgrado van marcando el camino hacia una transformación profunda de las prácticas. Una de las claves está dada en la necesidad de generar espacios de encuentro e intercambio, que permita conocer las especificidades de cada disciplina, y construir afinidades y relaciones de confianza. La incorporación de saberes comunitarios y no profesionales a través de la inclusión de referentes barriales y agentes comunitarios también resulta una tarea central para el trabajo territorial, reconocida ya desde la declaración de Alma-Ata en 1978. A pesar de esto, dicha incorporación sigue siendo fuertemente resistida en algunos contextos institucionales, representando un gran desafío que requiere una transformación significativa de las formas de intercambio hoy instituidas.

Participación comunitaria

Por último, resulta necesario problematizar cierta idea presente en los servicios de salud y salud mental, de que la participación comunitaria en instituciones del primer nivel de atención está relacionada con la asistencia de la comunidad en actividades planificadas por los equipos profesionales, según lo que han evaluado como temáticas significativas o problemáticas a abordar. Nos hemos encontrado con numerosas experiencias donde se planifican acciones de promoción y prevención de la salud mental desde una perspectiva que intenta ser participativa, pero se encuentra centrada en charlas o talleres sobre temáticas específicas definidas previamente por los equipos profesionales, por ejemplo, prevención de consumos problemáticos o embarazo no deseado, entre otras. Entendiendo que dichas temáticas deberían ser en sí mismas convocantes, se realiza una difusión comunitaria significativa, esforzándose en llegar realmente a la mayor cantidad de población, la que el día de la actividad planificada suele no concurrir al encuentro. La repetencia de este proceso hace que, luego de varios intentos fallidos, los equipos se sientan altamente frustrados y concluyan que la comunidad con la que trabajan no es participativa. Sabemos que en este hecho confluyen múltiples factores, desde la caída de las instituciones como referentes y promotores de participación para las comunidades, hasta la sobrecarga actual de las mujeres trabajadoras y cuidadoras familiares, las que han sido históricamente participantes de este tipo de actividades. Pero sobre todo, es de notar que estas acciones están planificadas desconociendo la necesidad de construcción y sostenimiento de relaciones de confianza con la comunidad como

condición de su participación. Hoy es políticamente correcta la afirmación de la necesidad de planificar acciones junto con la comunidad, pero en las prácticas se siguen reproduciendo acciones de origen normativo, planificadas exclusivamente por los equipos de salud.

En este punto, resulta significativo reafirmar que toda comunidad tiene sus formas de participación, y que una vía más efectiva para generar procesos verdaderamente participativos se encuentra en lograr incluirse en las redes comunitarias existentes para fortalecerlas y, a través de ellas, abordar problemáticas planteadas en conjunto con la comunidad. Este proceso implica un descentramiento epistemológico de parte de las/los profesionales, reconociéndose también como sujetos de participación de la vida comunitaria. Esta perspectiva tiene como potencia la posibilidad de generar acciones verdaderamente participativas que ya no se limitan a la asistencia o a la colaboración pasiva, sino que permiten problematizar y abordar los procesos comunitarios de salud y enfermedad –y el padecimiento subjetivo contenido en él– de una forma verdaderamente colectiva, desde el sostenimiento de canales de participación activa en el proceso de toma de decisiones.

Para ello, es necesario reconocer que la comunidad no es una masa homogénea de personas con necesidades e intereses compartidos, lo cual responde a una imagen tradicional de la comunidad como a-histórica y a-conflictiva, vigente aun hoy (Bang & Stolkiner, 2013). La comunidad, en cambio, se presenta como una red compleja de relaciones múltiples, donde el conflicto es inherente a la interacción de diversos actores y relaciones de poder. Los equipos interdisciplinarios de salud y salud mental suelen no estar advertidos de esta complejidad, la que debe estar contemplada en la planificación de acciones comunitarias, más aún en territorios con alta conflictividad interna. Como ejemplo de ello, conocer o participar en la reconstrucción de la historia interna de cada comunidad podría ser en sí mismo un proceso promotor de salud mental en lo comunitario.

En el extremo opuesto a quienes no logran establecer relaciones comunitarias significativas, se encuentran equipos con gran inserción comunitaria que consideran no estar siendo lo suficientemente eficaces al no lograr que la mayor parte de la comunidad se integre física y concretamente en los procesos participativos. En ese sentido, entendemos que las acciones promotoras de salud son exitosas si logran crear y sostener los espacios de encuentro y las vías de participación apropiables por la comunidad, sin que ello implique una participación constante y numerosa, lo que significaría un estado de movilización comunitaria permanente. Dichas acciones serán verdaderamente participativas en la medida en que sus canales de información y la toma de decisión conjunta sean verdaderamente accesibles, fluctuando muchas veces, y por muy diversos factores, en el número de concurrencia.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

A partir de la incorporación de la dimensión subjetiva del padecimiento como categoría central en la conceptualización de la salud mental y de un análisis de los procesos de producción de subjetividad contemporáneos, hemos identificado a la fragilización de redes de contención y cuidados comunitarios como una característica significativa de nuestra época, que influye en la salud mental comunitaria a través de una reducción de la capacidad colectiva para lidiar con los avatares de la salud y la vida. Asimismo, encontramos en la promoción en salud mental comunitaria una estrategia central, ya que favorece el desarrollo de procesos participativos y el fortalecimiento de lazos comunitarios solidarios. Estos abordajes, al articularse con prácticas asistenciales y otras prácticas de atención desde una perspectiva integral se constituyen en potentes recursos colectivos de cuidado para el abordaje de problemáticas complejas de salud mental.

Esta perspectiva conceptual se traduce en prácticas comunitarias que, a través del sostenimiento de espacios de encuentro y la creación progresiva de vínculos territoriales múltiples, se proponen la constitución de redes comunitarias e interinstitucionales, y el fortalecimiento de las redes de cuidado existentes. Hemos relevado múltiples complejidades en la puesta en marcha de un modelo de abordaje comunitario y fuertemente participativo, centrado en el trabajo interdisciplinario e intersectorial. Dichas complejidades han sido, en parte producidas por la vigencia de relaciones en tensión histórica entre el modelo biomédico y un modelo integral de atención. Observamos que dicho modelo biomédico aún hegemoniza fuertemente las prácticas institucionales del sistema de salud y salud mental, trayendo consecuencias objetivantes, reduccionistas y medicalizantes, entre otras. Las relaciones jerárquicas al interior de las instituciones de salud se han caracterizado históricamente por un fuerte verticalismo. La posibilidad de modificar o revertir estas relaciones y su vínculo con la comunidad continúa siendo un gran desafío.

Las experiencias que aquí han sido abordadas contienen un gran potencial transformador, pero continúan presentándose como prácticas aisladas y sostenidas por la voluntad de los propios equipos profesionales. Consecuentemente, resulta necesario contar con las condiciones institucionales necesarias que faciliten el desarrollo comunitario de estrategias complejas y articuladas con políticas públicas acordes, que confluyan en abordajes integrales, respetando la complejidad de las problemáticas que atañen a la salud mental de una comunidad.

En este sentido, 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.

FINANCIAMIENTO

Universidad de Buenos Aires (proyectos UBACyT 20020190200040BA y 20020170100293BA radicados en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires), Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (proyecto PICT No. 2008) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (Becas doctoral y posdoctoral).

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Estefanía Ruffa y al Lic. Juan del Bene por la revisión de la redacción de este escrito, a los/las compañeros/as de los equipos de investigación de los proyectos en los que se inscribe este trabajo, y a las familias participantes de las experiencias territoriales con las que venimos trabajando.

REFERENCIAS

- Almeida-Filho, N., & Silva-Paim J. (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico-Sociales*, (75), 5-30. http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_TSocial/AlmeidaFilho.pdf
- Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). (2011). *Documento dirigido a la Organización Mundial de la Salud ante la Conferencia Mundial sobre Determinantes sociales de la salud. Informe de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES*. <https://bit.ly/3Di16Pk>
- Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, 16(2), 71-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822004000200009>
- 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. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13Issue2-fulltext-399>
- Bang, C., Cafferata, L., Castaño-Gómez, V., & Infantino, A. (2020). Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología*, 19(1), 48-70. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe041>
- Bang, C., & Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46, 123-143. http://www.revistacdyt.uner.edu.ar/spanish/cdt_46/documentos/46_cssociales05_bang.pdf
- Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata*. Baldini Castoldi Dalai.
- Berardi, F. (2003). *La fábrica de la infelicidad. Nuevas formas de trabajo y movimiento global*. Traficantes de sueños.
- Berardi, F. (20 de febrero de 2019). El problema es cómo la pantalla se ha apoderado del cerebro. *El País*. https://elpais.com/cultura/2019/02/18/actualidad/1550504419_263711.html
- Canguilhem G. (2013). *Le Normal et le pathologique*. PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.cangu.2013.01>

- Carpintero E., & Vainer, A. (2007). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los 60 y 70*. Topía.
- Cohen H., & Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma en salud mental de Río Negro*. Lugar Editorial.
- Czeresnia, D., & Freitas, C. (2006). *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones*. Lugar Editorial.
- Dabas, E., & Perrone, N. (1999). *Redes en Salud*. FUNSER. <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/redes.pdf>
- Díaz, A., & Ramírez, R. (2017). Interdisciplinariedad y salud mental comunitaria. En *Salud mental, comunidad y derechos humanos* (pp. 207-222). Psicolibros Universitarios.
- Dussel, E. (2015). *Filosofías del sur. Descolonización y transmodernidad*. Kal.
- Elichiry, N. (1987). La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En N. Elichiry (Comp.), *El niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 333-341). Nueva Visión.
- Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad*, 3(3), 29-40. http://www.unla.edu.ar/documentos/centros/salud_mental_comunitaria/revista/saludmentalycomunidad3.pdf
- Franco, T., & Merhy, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7(1), 9-20. <https://doi.org/10.18294/sc.2011.251>
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Lugar Editorial.
- García-Canclini, N. (2010). *La sociedad sin relato: Antropología y estética de la inminencia*. Katz. <https://doi.org/10.2307/j.ctvm7bcb0>
- Giberti, E. (1994). La familia y los modelos empíricos. En C.H. Wainerman Comp., *Vivir en familia* (pp.115-141). Losada.

- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social*, (17), 79-99. <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/4600/4098>
- Labonté, R., & Packer, C. (2017). Summary of Comprehensive Primary Health Care. Findings from the Structured Literature Review. En R. Labonté, D. Sanders, C. Packer y N. Schaay (Eds.). *Revitalizing Health for All. Case Studies of the Struggle for Comprehensive Primary Health Care* (pp. 27-56). University of Toronto Press.
- Lodieu, M. (2013). La constitución social de la subjetividad en la contemporaneidad. *Salud mental y comunidad*, 3(3), 89-92. http://www.unla.edu.ar/documentos/centros/salud_mental_comunitaria/revista/saludmentalycomunidad3.pdf
- Lorente-Molina, B. (2004). Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, XXVI, 39-53. <https://www.redalyc.org/pdf/148/14802602.pdf>
- Luciani Conde, L (2019). *Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental*. Fedun.
- Menéndez, E. (1997). El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones*, 69, 237-270. <https://www.colmich.edu.mx/relaciones25/files/revistas/069/EduardoLMenendez.pdf>
- Menéndez, E. (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Colectiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental No. 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013*. Boletín Oficial. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Montenegro, M., Rodríguez, A., & 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. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-433>

- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Nari, M. (1995). La educación de la mujer (o acerca de cómo cocinar y cambiar los pañales de un bebé de manera científica). *Revista Mora*, 1, 31-45. <http://polsocytrabiigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/152/2014/03/Nari.pdf>
- Natella, G. (2017). Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional. En *Salud mental, comunidad y derechos humanos* (pp. 237- 263). Psicolibros Universitarios.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) / UNICEF. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Conferencia llevada a cabo en Alama-Ata. Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice*. OMS. DOI: <https://doi.org/10.1037/e538802013-009>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas*. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Parra, M. A. (2016). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 30-37. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a04>
- Piselli, F. (2007). Communities, Places and Social Networks. *American Behavioral Scientist*, 50(7), 867-878. <https://doi.org/10.1177/0002764206298312>
- Rifkin, S., & 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. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90149-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90149-8)
- Ròvere, M. (1999). *Redes en salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, 5(1), 89-95. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/410/805>

- Stolkiner, A. (2015). Salud mental. Avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En R. Gollan (Ed.), *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria* (pp. 57-70). Colihue.
- Stolkiner, A., & 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). Paidós.
- Susser, M., & Susser, E. (1996). Choosing a Future for Epidemiology I: Eras and Paradigms. *American Public Health Association*, 86(5), 668-673. <https://doi.org/10.2105/ajph.86.5.668>
- Virno, P. (2003). *Gramática de la multitud. Para un análisis de las formas de vida contemporáneas*. Traficantes de Sueños. <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Gram%C3%A1tica%20de%20la%20multitud-TdS.pdf>
- 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. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.10.1592>
- Woronowski, M. (2018). Encrucijadas. *Revista Soberanía Sanitaria*, 2(4), 43-47. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2019/03/revistaSSnro4.pdf>