

Salud mental comunitaria y colectiva: reflexiones desde la investigación, el desarrollo

y acompañamiento de experiencias territoriales

Community and Collective Mental Health: Reflections from Research, Development and Monitoring Territorial Experiences

Claudia Bang¹

<http://orcid.org/0000-0003-1995-0527>

Resumen

Este escrito tiene como objetivo presentar algunos núcleos temáticos surgidos de procesos de investigación participativa, desarrollo y acompañamiento de prácticas comunitarias en el campo de la salud mental, situadas en la Provincia y Ciudad de Buenos Aires, Argentina, desde una perspectiva integral y colectiva. Se recuperan breves relatos, se describen procesos y se analizan algunas ideas que han constituido parte de la matriz epistémica profesional de nuestro campo, ubicándola como obstáculo para el logro de prácticas integrales. Se plantea la importancia de incorporar una perspectiva decolonial que permita superar los dualismos que han estructurado históricamente estrategias y dispositivos institucionales de salud, así como reconocer que las prácticas de cuidado se dan prioritariamente en la vida cotidiana. Se espera que estos desarrollos contribuyan al reconocimiento de una importancia real de acompañar y fortalecer dichas prácticas, articulando acciones institucionales para lograr abordajes que respeten verdaderamente la complejidad de las problemáticas en su dimensión colectiva y la diversidad presente en cada territorio.

Palabras clave: salud mental, matriz epistemológica, colonialidad, integralidad, cuidados, participación

Abstract

This paper aims to present some thematic core arising from participatory research processes, development and monitoring of community practices in the field of mental health, from a comprehensive and collective perspective. Brief experiences are retrieved, some processes are described and some ideas that have been part of the professional epistemic matrix of our field are analyzed, locating that as an obstacle to the achievement of comprehensive practices. It raises the importance of incorporating a decolonial perspective that allows overcoming the dualisms that have historically structured health institutions' strategies and devices, as well as recognizing that mental health care practices occur primarily in people's daily lives. These developments are expected to contribute to the recognition of the real importance of accompanying and strengthening these practices, articulating institutional actions in order to achieve approaches that truly respect the complexity of the problems in their collective dimension and the diversity present in each territory.

Keywords: Mental Health, Epistemological Matrix, Coloniality, Comprehensiveness, Care, Participation

¹ PhD en Psicología. Psicóloga. Docente e investigadora de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: claudiabang@yahoo.com.ar

Introducción

La salud mental comunitaria surge como un campo plural de prácticas y procesos de investigación centrados fundamentalmente en el desarrollo de un modelo comunitario de abordaje de las problemáticas de salud mental. Dicho surgimiento es consecuencia de la visibilización de un modelo manicomial de atención basado en el encierro opresivo y la segregación de personas con padecimientos mentales (Galende, 1997), y el reconocimiento de la necesidad de su transformación. Luego de la segunda guerra mundial y en un marco de defensa de los derechos humanos, se inauguran procesos de reforma a nivel global de dicho modelo de atención (Basaglia, 1968). Acorde a ello, se promueve la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de la Salud (WHO, 2001; WHO/WONCA, 2008) y se acentúa la importancia de implementar prácticas de promoción y apoyo psicosocial (Tol et al, 2011) acorde a la perspectiva de derechos (Human Rights Council, 2020).

En América Latina, y en Argentina en particular, desde la segunda mitad del siglo XX se incorporan prácticas comunitarias y participativas de abordaje de los padecimientos mentales (Carpintero y Vainer, 2007), las que han convivido con prácticas manicomializantes, incluso en las mismas instituciones de tradición asilar. En el inicio del siglo XXI se reimpulsa a nivel internacional la Atención Primaria de la Salud (APS) (PAHO/WHO, 2007), que pretende en sus postulados, presentarse como estrategia integral reordenadora de los sistemas de atención, basada en lo comunitario y territorial, con lógica universalista y perspectiva de derechos. Desde este marco, las políticas de salud mental con base en la comunidad reafirman la necesidad de una fuerte articulación con la estrategia de APS integral, así como la inclusión de prácticas de promoción y prevención en salud mental comunitaria (Stolkiner y Solitario, 2007).

En Argentina, como en otros países de la región, contamos con una Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010) que, desde una perspectiva de derechos, impulsa y regula este proceso de transformación hacia un modelo comunitario

de atención. El proceso de implementación de dicha ley ha estado caracterizado por avances y retrocesos, producto de fuertes tensiones y conflictos entre los actores intervinientes (Stolkiner, 2015; Woronovsky, 2018), con grados y formas de implementación variables en los diferentes territorios del país. En dicho proceso de implementación, si bien los avances han sido múltiples, el desarrollo de prácticas integrales de salud mental en la comunidad sigue siendo uno de los principales desafíos (Bang, 2016; Parra, 2016).

La situación de pandemia por COVID-19, aún en curso al momento de la redacción de este escrito, ha re-actualizado los debates a nivel global en relación a los modelos de atención del padecimiento mental (Pfefferbaum y North, 2020; Stolkiner, 2020). Se ha indagado la significativa carga de padecimiento subjetivo contenida en dicha situación a nivel poblacional (Brooks et al, 2020; Da Silva et al, 2020), y se ha afirmado la importancia de sostener prácticas de promoción de salud mental comunitaria como estrategia de protección de la salud mental en contextos complejos (Bang, 2020, Bang et al, 2022; Giovannella et al, 2021). Asimismo, a partir de la situación de pandemia y en línea con lo planteado por la Ley de Salud Mental antes citada, se ha evidenciado la necesidad de generar y fortalecer políticas y prácticas integrales, articuladas a las necesidades territoriales y comunitarias.

Fruto de estas más de siete décadas de luchas, avances y retrocesos, el proceso de desmanicomialización y transformación institucional hoy tiene una legitimidad significativa y ocupa un lugar preponderante en las agendas de salud mental de la región. Sin embargo, aún hoy dicho modelo no logra implementarse por completo, encontrando grandes resistencias y obstáculos. Sabemos que existen poderosos actores como la industria farmacéutica y las corporaciones profesionales que pugnan por el sostenimiento de una lógica institucionalizadora y medicalizante. Si bien esto constituye uno de los obstáculos más significativos, nos interesa aquí indagar en otro aspecto más invisibilizado, relacionado con la matriz epistémico-conceptual y formativa desde la que los equipos profesionales abordan

las problemáticas de salud mental en la comunidad. Dicha matriz racional, moderna y colonial de pensamiento atraviesa nuestras prácticas, poniendo diversos obstáculos al logro de esa integralidad buscada, promoviendo muchas veces, la reproducción de aquello que se pretende transformar. A partir de este planteo, el objetivo de este escrito es reflexionar acerca de dicha matriz epistémico-conceptual que aún hoy estructura las prácticas del campo de salud mental, incluso muchas de aquellas que se sostienen en una perspectiva comunitaria e integral. Propondremos algunos núcleos de análisis e ideas como aportes hacia una perspectiva crítica, emancipatoria y decolonial.

Prácticas ¿integrales? de salud mental en la comunidad.

En la articulación entre APS integral y salud mental comunitaria se ha encuadrado la posibilidad del desarrollo de experiencias de abordaje de problemáticas de salud mental con base en la comunidad. Para ello, sus prácticas deben inscribirse necesariamente en una perspectiva compleja que se encuentra en tensión con la mirada biomédica en salud. Esta última da fundamento al Modelo Médico Hegemónico analizado críticamente por Menéndez (2003) quien ha señalado como parte de sus características estructurales el biologicismo, la concepción evolucionista-positivista, una mirada ahistórica e individual centrada en la enfermedad, entre otras.

En este contexto, los procesos de transformación de lógicas manicomiales de atención presentan una gran diversidad y alta complejidad, centrados principalmente en la inclusión de la perspectiva de derechos (Cohen, 2009; Onocko et al, 2021), el desarrollo de dispositivos comunitarios de atención alternativos al encierro (Amendolaro, 2018; Cáceres et al, 2009), y el necesario impulso de procesos de desestigmatización de la locura (Amarante, 2007). En menor medida, estas transformaciones han estado acompañadas de procesos de sistematización de prácticas comunitarias de promoción de salud mental (Bang, 2015, Bang, Stolkiner y Corín, 2016), la

recuperación de la dimensión subjetiva y humanizante en los modelos de atención (Augsburger, 2002; Merhy, 2002) y el reconocimiento de las prácticas de cuidados comunitarios (De la Aldea, 2019), entre otros. En un contexto donde el modelo biomédico de atención sigue hegemonizando las prácticas, los procesos de transformación han estado centrados prioritariamente en la desmanicomialización y transformación de las instituciones monovalentes, con un predominio en la lógica hospitalaria de atención clínico-asistencial. Las ideas de comunidad, integralidad y derechos han sido pilares fundamentales de esta línea de trabajo que entiende a la salud y a la salud mental desde una perspectiva compleja y no normativa (Czeresnia y Freitas, 2006), acentuando la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidados (Menéndez, 2009; Paim y Almeida-Filho, 1998), y subrayando el enfoque de derechos.

En este marco, se comienzan a incluir y articular prácticas de promoción de salud mental y abordajes territoriales. Las formas y procesos de participación comprendidos en ellos son diversos, constituyéndose en un campo del que intervienen múltiples y heterogéneos actores (Montero, 2003; Bang, 2013), entre ellos los equipos profesionales y miembros de la comunidad organizados de formas variables: organizaciones de la sociedad civil, instituciones y otros agrupamientos (Zacus y Lysack, 1998). De acuerdo con ello entendemos que las relaciones sociales y humanas se constituyen de forma compleja y dinámica, cuyos avatares no pueden comprenderse a través de explicaciones simplistas y lineales, sino que es necesario incorporar una perspectiva crítica, histórica y contextual.

Desde hace más de quince años acompañamos, a través de procesos de capacitación, asistencia técnica, co-visión² e investigación, múltiples procesos de implementación de prácticas comunitarias

² Los espacios de co-visión aluden a reuniones de reflexión de equipos profesionales donde se intercambian diversas visiones como aporte a la problematización de obstáculos en las prácticas. El término co-visión ha venido a reemplazar a la idea de supervisión, acentuando su carácter participativo, reflexivo y crítico desde los intercambios colectivos.

en salud mental y el desarrollo de estrategias territoriales en el primer nivel de atención desde instituciones de salud y salud mental de diferentes territorios de nuestro país. La participación en estos procesos, como en la formación de equipos profesionales interdisciplinarios que desarrollan estas prácticas, ha sido una oportunidad significativa para identificar la vigencia de una matriz epistemológica racional y colonial en las prácticas comunitarias, que obtura la posibilidad del desarrollo de perspectivas integrales. Algunas de sus formas de expresión las encontramos en: una priorización de dispositivos clínico asistenciales por sobre otras estrategias de abordaje que pudieran ser incluso más acordes a la problemática en su complejidad; una dificultad significativa en articular acciones entre profesionales de diferentes disciplinas, incluso pertenecientes a los mismos equipos de trabajo comunitario y habiendo recibido formación específica; una reducción de las problemáticas complejas de salud mental que sólo toma en cuenta los diagnósticos psicopatológicos y desestima su dimensión histórico-contextual; la vigencia de representaciones acerca de la salud mental relacionadas a la adaptación acrítica a las condiciones de vida (muchas veces precarias e incluso opresivas) y una lógica efectista que pretende reducir tiempos de atención y priorizar respuestas rápidas, favoreciendo procesos de medicalización de la vida. A ello se suma un desconocimiento significativo, por parte de muchos equipos profesionales, de las prácticas colectivas de cuidados presentes en cada territorio, así como cierto predominio de visiones idealizadas y simplistas de las realidades comunitarias, que siguen identificando a las comunidades sólo como masas homogéneas de personas con intereses y objetivos compartidos. Estos, entre tantos otros emergentes de orden dispar, coexisten en una trama que dificulta, entre otras cosas, la posibilidad de descentramiento de prácticas institucionales y lógicas disciplinares de atención.

Esta trama se inscribe en una matriz de pensamiento científico-racional que se ha erigido a partir de la creación y sostenimiento de categorías binarias, las que han estructurado los contenidos científico-disciplinares (Dussel, 2015).

Mente-cuerpo, salud-enfermedad, normal-patológico, individual-social, son algunas de las categorías dicotómicas que inciden significativamente en nuestro campo de prácticas, parcelando la lectura de las problemáticas a abordar y encostrándolas en delimitaciones estancas. El modelo biomédico de atención ha contribuido al reforzamiento de la legitimación de las categorías de salud en oposición a enfermedad como estados contrapuestos, y a esta última como una condición o afección de lo corporal que desconoce el cuerpo subjetivo, como la dimensión subjetiva de la vivencia que acompaña al padecimiento (Canguilhem, 2013). Esta concepción racional tradicional ha dividido artificialmente lo corporal de su dimensión subjetiva, reduciendo esta última a la categoría mente. En este sentido, se suele defender la existencia de una salud corporal separada de una salud mental, lo que supone un parcelamiento del objeto salud y el sostenimiento de la ontologización de la categoría mente. En el campo de prácticas de salud y salud mental proliferan y se encuentran vigentes estas y otras categorías dicotómicas como: sujeto-objeto, pasado-presente, clínico-comunitario, etc., lo que reproduce una visión atomista de la realidad y obtura la posibilidad de miradas en complejidad (Bang et al, 2020). Desde diversas corrientes (paradigma de la complejidad, perspectiva decolonial, entre otras) hace décadas que se enuncian críticas a estas miradas (Santos, 2014; Luciani Conde, 2019). Sin embargo, estas siguen teniendo un peso significativo, muchas veces hegemonizando las prácticas en las que se inscriben los procesos de transformación.

Breves relatos: prácticas comunitarias de salud mental en el primer nivel de atención

En este apartado nos proponemos recuperar breves relatos surgidos de procesos de acompañamiento y formación a equipos profesionales de salud mental comunitaria en instituciones del primer nivel de atención de salud en la Provincia y Ciudad de Buenos Aires. En dichos procesos hemos trabajado obstáculos y dificultades en el desarrollo e implementación de un abordaje de

problemáticas psicosociales complejas en comunidad, acentuando el valor del sostenimiento de redes vinculares a través del desarrollo de estrategias creativas como práctica significativa de cuidado en salud mental. Estos relatos no pretenden ser explicativos de estrategias y procesos territoriales complejos, sino simplemente ilustradores de algunos emergentes, entre muchos otros, que nos permiten realizar nuestras afirmaciones sobre los obstáculos en la implementación de estrategias integrales en salud mental. Los dos primeros relatos se corresponden a procesos de acompañamiento realizados durante el año 2020 en contexto de pandemia, mientras el último es anterior a la misma. Se ha retirado toda información que permita identificar instituciones y profesionales intervinientes.

La pandemia por Covid 19 se ha presentado como un fenómeno de alta complejidad que ha generado un escenario de crisis y su correlativo nivel de incertidumbre y excepcionalidad. Las instituciones de salud del primer nivel de atención, desde poco antes de la detección de los primeros casos de coronavirus, transformaron radicalmente sus dinámicas de trabajo, centrándose en la prevención, detección y tratamiento de dicha enfermedad, lo que significó en ese momento, una suspensión y/o transformación abrupta en la mayoría de las actividades grupales y comunitarias de salud mental que se desarrollaban de forma presencial.

1. La necesaria y resistida articulación con organizaciones territoriales y comunitarias

En un centro de salud del primer nivel de atención del Conurbano sur de la Provincia de Buenos Aires y durante el primer período de pandemia, correspondiente a la medida de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)³, el equipo interdisciplinario de salud mental (conformado por las disciplinas de psicología, medi-

cina y trabajo social) se encontró con el desafío de localizar a las personas que venían participando en actividades del área de salud mental comunitaria. Se trataba de integrantes de un grupo de personas adultas mayores, un grupo de mujeres tejedoras y un grupo de crianzas, entre otros. Se identificaba la existencia de problemáticas subjetivas complejas en muchos de estos participantes, las que se venían abordando a través de las actividades grupales presenciales. Al interrumpirse la presencialidad, el equipo registró la falta de datos de contacto que permitiera localizar a algunos participantes, incluso algunos de los datos con los que se contaba eran erróneos. Tampoco se contaba con la referencia a organizaciones e instituciones a través de las cuales se pudiera tomar contacto. Al encontrarse en esta situación, el equipo comunitario comenzó a preguntarse si, a pesar del sostenimiento de dispositivos grupales, verdaderamente venían trabajando de forma comunitaria.

Fue allí que, en reuniones de acompañamiento y co-visión, se comenzó a problematizar la situación y comprender que ese momento era una oportunidad para identificar y relacionarse con aquellas organizaciones y referentes que sí estuvieran teniendo presencia en la vida cotidiana del barrio. En ese período, las organizaciones sociales y políticas, junto con comedores y merenderos eran las encargadas de distribuir bolsones de alimento a las familias, así como realizar las articulaciones necesarias para abordar diversas problemáticas presentes en el barrio. A partir de un acercamiento informal a estas actividades que se desarrollaban fuera de la institución asistencial, fue que paulatinamente pudieron ir contactando a las personas y familias, lo que permitió reconstruir y/o sostener un vínculo promotor de salud mental como práctica de cuidado en un contexto de aislamiento necesario. A su vez, este hecho permitió dar visibilidad en el centro de salud al rol protagónico que han ocupado las organizaciones territoriales y comunitarias en el acompañamiento de situaciones psicosociales complejas durante las etapas de Aislamiento y Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO y DISPO), y la necesidad de generar y fortalecer articulaciones con dichas experiencias para el

3 Se trata de la primera medida de prevención ante la pandemia por COVID-19 tomada a nivel nacional. Decreto n°297/2020 de 20 de marzo de 2020. Boletín oficial de la República Argentina.

sostenimiento de prácticas integrales de cuidado en salud mental en el primer nivel de atención en contexto de excepcionalidad (Comes, 2020).

2. Una juegoteca rodante en período de aislamiento social

Durante el mismo período, en otro centro de salud del conurbano de la provincia de Buenos Aires, el equipo de salud mental que coordinaba allí una juegoteca evaluó las acciones a seguir, teniendo en cuenta la imposibilidad de continuar con los encuentros lúdicos presenciales. Dicha juegoteca tenía una frecuencia de encuentros semanales, destinada al abordaje de problemáticas vinculares en la infancia surgidas a partir de la derivación de la escuela y/o de otros dispositivos de atención. Teniendo en cuenta que se trataba de un período en que, quienes concurrían semanalmente al centro de salud tuvieron que permanecer dentro de sus hogares, aun en contextos familiares muy conflictivos, el equipo de salud mental evaluó que era necesario encontrar alguna forma creativa de sostener el vínculo lúdico. Al tratarse de familias que no siempre contaban con dispositivos de comunicación remota o con conexión a la red de internet, la realización de actividades por medios virtuales era inviable.

A pesar de la insistencia de profesionales de otros equipos de salud que afirmaban que nada era posible hacer para sostener procesos relacionados a actividades presenciales en contexto de aislamiento social, el equipo encontró formas creativas de continuar con la tarea. La estrategia estuvo centrada en la idea de que, si las familias no podían acercarse al centro de salud, entonces el centro de salud de alguna forma debía acercarse a sus casas; para ello, se diseñó un circuito de circulación de juguetes que las unía imaginariamente. Todas las semanas se acercaba un juguete a cada puerta, y a la semana siguiente se cambiaba por otro, luego de la correspondiente sanitización del mismo. Junto al préstamo de juguetes se acercaban cuadernillos de actividades lúdicas confeccionados por el equipo y que las familias podían realizar en sus hogares.

De esta forma, durante algunos meses los juguetes circularon por estas casas, aportando un elemento novedoso y una oportunidad de juego a la cotidianidad de cada hogar. Asimismo, esto fue, en parte, una excusa para tener un acercamiento semanal hasta la puerta de cada casa y conversar algunas palabras con quien estuviera allí para recibir el material, permitiendo identificar situaciones que requirieran intervención. A su vez, significó una presencia de continuidad simbólica y vincular del centro de salud en el barrio, y la promesa implícita de pronto continuar con las actividades presenciales, las que tardaron un tiempo significativo en poder volver a realizarse.

3. Entre la basura y los consumos problemáticos

En un centro de salud del sur profundo de la Ciudad de Buenos Aires, hace unos años tuve la oportunidad de acompañar y dar asistencia técnica a un proceso de abordaje comunitario realizado por el equipo de salud mental de dicho centro. El equipo estaba conformado por una trabajadora social, dos psicólogas, un médico psiquiatra y una enfermera comunitaria. Se trataba de un equipo de reciente formación que había realizado algunas articulaciones puntuales con instituciones y organizaciones comunitarias. En esta etapa se proponían iniciar un proceso participativo de abordaje de las problemáticas comunitarias de salud mental, para lo cual convocaron a una reunión con familias, organizaciones y referentes del barrio, para emprender un proceso de diagnóstico participativo y comenzar a trabajar en estrategias integrales junto a la comunidad. A su vez, el equipo observaba un aumento en las consultas y solicitud de entrevistas psicológicas por problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Las estadísticas disponibles indicaban además un aumento de situaciones relacionadas a consumos problemáticos de sustancias en la zona, siendo incluso cada vez más numerosas las personas jóvenes en situación visible de consumo deambulando por el barrio.

A partir de este diagnóstico es que el equipo interdisciplinario esperaba que esta problemática fuera la expresada por la vecindad en la reunión convocada. Muy por el contrario, durante la reunión y ante el trabajo conjunto que permitiera identificar las problemáticas de salud mental, lo que insistía era un malestar significativo en torno a la presencia de basura en el barrio y una enumeración de las problemáticas cotidianas que esto conllevaba. La presencia de basura era significativa, de hecho, se trata de un barrio de viviendas precarias instaladas sobre lo que había sido un basural. Las familias y referentes insistían en que lo principal estaba relacionado con todas las problemáticas de salud relacionadas a la acumulación de basura en determinados sectores del barrio y que era necesario poder abordar este tema antes que cualquier otro. Ante esta respuesta, fue el equipo profesional el que introdujo explícitamente en la reunión el tema de jóvenes en situación de consumo como lo que debía tener un abordaje prioritario en el barrio. Si bien las personas presentes reconocían la existencia de dicha problemática, afirmaban que lo urgente tenía relación con la basura y que ésta era la necesidad primordial. La reunión concluyó en medio de un clima de desconcierto para el equipo profesional, luego de lo cual evaluaron que la acción participativa había sido un fracaso, ya que no habían logrado abordar conjuntamente estrategias para la problemática de consumo.

Iniciamos allí un proceso de supervisión con el equipo profesional donde el desafío mayor estuvo en que el equipo pudiera reconocer su dificultad de escuchar las necesidades y demandas comunitarias, y la dificultad de reconocer que la apertura de procesos participativos implica una redistribución de relaciones de poder, que intenta transformar la asimetría histórica institución-comunidad, dando participación no sólo en la voz sino en la toma de decisiones a aquellas personas a quienes convocamos (Bang, 2021). Una de las dificultades que suele presentarse aquí está relacionada con aceptar que las decisiones conjuntas en procesos participativos comunitarios no siempre coinciden con las lógicas de diagnóstico institucional. Luego de un proceso formativo y reflexivo conjunto, este equipo pro-

fesional pudo iniciar las acciones requeridas para abordar la problemática de la basura, proceso a partir del cual se generaron además lazos de confianza y vínculos territoriales que permitieron en un siguiente momento abordar la problemática de consumos, entre tantas otras.

La necesidad de revisar nuestra matriz epistemológica y formativa

Los tres relatos precedentes se refieren a obstáculos y estrategias en lo referido al desarrollo de prácticas de salud mental comunitarias, integrales y participativas en el primer nivel de atención. Reconocemos en estos relatos dificultades relacionadas, en parte, a la pretensión de transformación de prácticas de un modelo biomédico, sostenido aún hoy en el conocimiento científico moderno-colonial, sin lograr cuestionar su matriz epistémica. Por epistemología entendemos “el análisis de las condiciones de identificación y validación del conocimiento en general, así como la creencia justificada” (Santos, 2021: 117). Diversos autores reconocen la existencia de una matriz tradicional formativa que constituye un obstáculo para alcanzar modalidades de trabajo acordes a la integración disciplinaria necesaria para el trabajo en salud mental (Luciani Conde, 2020)

Reconocemos aquí la importancia de una salud mental en perspectiva decolonial, que nos permita superar los dualismos que han estructurado históricamente nuestras formaciones profesionales y nuestras estrategias de intervención, para crear, sostener y recuperar prácticas emancipatorias que logren romper con las lógicas normativizantes y hegemónicas en salud y salud mental. Para ello, proponemos algunos ejes conceptuales como núcleos de discusión:

1. Integralidad: ¿superando miradas dicotómicas?

La idea de integralidad surge en nuestro campo a partir de un reconocimiento de que, gran parte de la implementación de la estrategia de APS, sobre todo en la década de los 90, siguió políti-

cas selectivas que parcelaron las prácticas según problemáticas puntuales de salud y/o poblaciones objetivo (Tejada de Rivero, 2003). Incluso podríamos cuestionar el sesgo colonizador y normativizante con el que se ha implementado dicha estrategia en muchos territorios de nuestro continente. El inicio del nuevo milenio confluye con la vuelta a los postulados de Alma Ata desde una perspectiva integral, idea que luego llega al campo de la salud mental de la mano de la articulación entre ésta y la estrategia de APS integral. El término integralidad supone una comprensión holística de la realidad social y de las problemáticas de salud, integrada por un conjunto de actividades y de sentidos articulados entre sí (Alvim, 2013). Requiere también del reconocimiento de las personas como seres histórico-sociales, poseedores de saberes válidos y significativos. En el campo de la salud mental la integralidad se refiere, además, a la necesidad del desarrollo de prácticas respetuosas de los derechos de las personas, que no parcelen las problemáticas de salud de acuerdo a categorías racionales y lineales. Desde esta perspectiva, la idea de integralidad se ha presentado como un punto de confluencia que permite trascender los dualismos antes explicitados. Sin embargo, este término se ha difundido significativamente, siendo utilizado incluso para disfrazar viejas prácticas autoritarias, camuflando, bajo su nombre, lo más tradicional del trabajo en salud (Seixas, et al, 2016).

Desde una perspectiva relacional y una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de las prácticas sociales en su complejidad, la integralidad conlleva múltiples desafíos: por un lado, la utilización de la idea de integralidad sin un cuestionamiento a la matriz de pensamiento dualista-racional corre el riesgo de promover abordajes que, lejos de articular diferencias, produzca respuesta totalizadoras y homogeneizantes, anulando incluso uno de los polos del dualismo bajo el nombre de abordaje integral.

Otro de sus desafíos se relaciona a la necesidad de asumirnos como actores históricos y políticos en relación con problemáticas significativas en los contextos donde intervenimos. En línea con esto, la noción de integralidad supone la

revisión de la exterioridad como punto de partida de los procesos de intervención y producción de conocimiento (Bourdieu y Wacquant, 1995). Para la salud mental comunitaria, la experiencia territorial se presenta como condición y punto de partida que tensiona las modalidades de intervención y producción de conocimiento autocentradas (Bang y Salerno, en prensa). Estas experiencias conllevan el reconocimiento de múltiples saberes y relaciones que las personas sostienen en sus prácticas de cuidados en salud cotidianas y que, en muchos casos, interpelan las prácticas académicas (Seixas, et al, 2016). En este campo, las experiencias de articulación territorial se constituyen en núcleo central de intervención e investigación, a partir del cual abordar problemáticas psicosociales complejas que hacen a la salud mental colectiva.

Desde un pensamiento social decolonial tomamos aportes de la socióloga boliviana Silvia Rivera Cusicanqui para redimensionar la idea de integralidad. Esta autora recupera voces aymaras y de la cosmovisión andina para invitarnos a revisar nuestras ideas progresistas, que no terminan de incorporar un fuerte cuestionamiento a la lógica binominal e integracionista. Esta autora propone una epistemología ch'ixi, palabra que designa en aymara a un tipo de tonalidad que a la distancia se ve de color gris, pero al acercarnos vemos que está conformado por pequeños sectores de color puro, negro y blanco entreverados: un gris jaspeado. Lo ch'ixi sería aquello mestizo, un espacio intermedio donde el encuentro de contrarios no crea fusión o hibridación, sino que expresa una mezcla sin pérdida de la identidad. También nos muestra que la cosmovisión andina cuenta con representaciones donde los opuestos pueden convivir en mestizaje y sin conflicto, lo que la mirada occidental y su pensamiento racional opositor suele no tolerar. En consecuencia, entendemos que no toda contradicción debe traducirse necesariamente en una lectura de oposiciones irreductibles entre hechos y prácticas que parecen inconciliables, así como tampoco arribar forzosamente a intentos fallidos de síntesis homogeneizantes. (Rivera Cusicansqui, 2018).

2. Cuidados en salud y vida cotidiana

Encontramos que las ideas de cuidado y vida cotidiana son solidarias con la perspectiva decolonial en que se inscriben estas reflexiones. Por sus características intrínsecas, el modelo biomédico ha eludido históricamente la dimensión subjetiva de la relación que se establece en las prácticas de atención (Menéndez, 2003). El concepto de cuidado en salud acentúa esta dimensión subjetiva, reconociendo la importancia del vínculo afectivo en dicha relación (Merhy, 2002), y afirmando que el acto en salud tiene una dimensión de cuidado no reductible a la intervención técnico-científica. Como un aspecto central del desarrollo de tecnologías vinculares de intervención el cuidado en acto es proporcionado a través de los afectos que circundan los encuentros entre trabajadores y personas usuarias, instituciones y comunidad, ubicando a la subjetividad como una de las dimensiones del modo de producción en salud (Franco y Merhy, 2011). Desde un enfoque de derechos, en numerosos trabajos se ha subrayado la importancia de incluir la dimensión de cuidado en los actos de salud (Campos, 2009; Epele, 2013), así como la incorporación de cuidados de salud mental en la atención de diversos padecimientos, recuperando y revalorizando la dimensión subjetiva de la interacción humana.

Tanto en el ámbito familiar como institucional quienes ejercen las tareas de cuidado son principalmente mujeres, aumentando su carga laboral y/o de tareas cotidianas, sin una retribución monetaria equitativa a otros trabajos realizados por varones, lo que se encuentra reflejado también en la feminización de profesiones y tareas que el sistema de salud destina al cuidado, precarizando las condiciones para su realización (Lorente Molina, 2004). Desde esta perspectiva hemos indagado algunas implicancias de la feminización de prácticas de cuidados en salud/salud mental en el primer nivel de atención (Bang et al, 2020), destacando su importancia para el desarrollo de abordajes que respeten una mirada integral.

A partir de lo anterior, afirmamos que los dispositivos participativos de promoción de salud mental comunitaria se constituyen en actos cuidadores de salud, ya que se sostienen a partir de

la constitución de vínculos, permiten horizontalizar las relaciones en la atención y generar un conocimiento práctico compartido entre institución, profesionales y comunidad. Estos dispositivos, sostenidos principalmente por mujeres, acentúan la capacidad colectiva de abordar problemáticas comunitarias asociadas al sufrimiento psíquico, en articulación con prácticas institucionales que humanicen la atención, revalorizando su dimensión subjetiva.

A partir de estos desarrollos reconocemos que las prácticas de cuidados en salud y salud mental deberían ocupar un lugar central como ejes de abordaje, análisis e investigación en nuestro campo. Dichas prácticas se dan principalmente en la vida cotidiana de las personas, donde se toman decisiones -individuales y colectivas- constantes con relación a los propios procesos de salud-enfermedad (Menéndez, 2009). Afirmamos que el ejercicio de cuidados en salud mental no se desarrolla exclusivamente en las instituciones de atención, sino que incluye a todas aquellas prácticas que una comunidad -individual y colectivamente- desarrolla en el cuidado de la salud de sus miembros. Este cambio de mirada requiere un descentramiento epistemológico y de las prácticas, las que históricamente han estado centradas en una visión médica e institucional. Desde esta perspectiva, un desafío para profesionales y equipos de salud y salud mental se encuentra en lograr reconocer y valorar dichas prácticas de cuidados colectivos y su articulación con dispositivos institucionales que alojen lo diverso.

En concordancia con lo anterior, identificamos la noción de vida cotidiana como un concepto articulador que nos permite centrarnos en la experiencia de los sujetos, dado que se configura y es configurada en el devenir de dicha cotidianidad. Se trata de un ámbito heterogéneo y dinámico, en el que las prácticas sociales se despliegan mediante acciones y discursos (Heller, 1972). La vida cotidiana es el espacio en el que la experiencia de los sujetos se objetiva y adquiere significación anudando múltiples contextos y territorialidades. Esta mirada nos permite recuperar la vivencia subjetiva como elemento central del proceso salud-enfermedad, configurándose

como una particularización de lo histórico-social en la vida cotidiana (Stolkiner, 2001). Se recupera así la mirada sobre la forma en que diferentes sujetos y grupos humanos transitan los avatares de la salud y la vida, y se ubica en el centro a la dimensión subjetiva del padecimiento en el diagnóstico y abordaje de problemáticas de salud mental en la comunidad (Augsburger 2002, Bang, 2014)

Desde esta perspectiva, la inclusión de procesos participativos es crucial para el descentramiento epistemológico puesto que, a través de los mismos, los profesionales involucrados logran reconocerse dentro del entramado de la vida cotidiana comunitaria (Bang, 2021). Este entramado vincular nos permite visibilizar a la comunidad como una red compleja de relaciones, en la que el conflicto le es inherente (Piselli, 2007). Asimismo, reconocemos a los espacios de encuentro y participación comunitaria como espacios estratégicos para el abordaje de problemáticas colectivas relacionadas al padecimiento subjetivo. En este sentido, las prácticas participativas se constituyen en actos cuidadores de salud mental comunitaria, ya que se sostienen a partir de la constitución, sostenimiento y fortalecimiento de vínculos solidarios, los que permiten horizontalizar las relaciones y generar conocimiento práctico compartido.

Conclusiones y reflexiones finales

Este recorrido nos permite concluir que el fortalecimiento de una perspectiva en salud mental comunitaria y colectiva latinoamericana que logre el afianzamiento de la territorialización y humanización de las prácticas como parte del proceso de reformas, requiere a su vez la profundización de un cambio epistémico, el que se encuentra aún en proceso. Resulta imprescindible incluir verdaderamente una mirada integral que reconozca las potencialidades de las prácticas comunitarias participativas como productoras de salud mental y centro de las prácticas de cuidados en salud, las que necesariamente se relacionan (de mejor o peor modo) con las prácticas institucionales. De la capacidad que tengamos de transformar nuestra matriz epistémica colo-

nial de intervención dependerá en gran parte cuáles serán las características de esta relación. Se espera que las reflexiones presentadas en este texto contribuyan, en su conjunto, al logro en el desarrollo de abordajes que respeten verdaderamente la complejidad de las problemáticas en su dimensión colectiva y la diversidad presente en cada territorio.

A partir de este recorrido, reconocemos junto a Boaventura de Sousa Santos, la importancia en el desarrollo de epistemologías del Sur, cuya tarea crucial es “identificar y discutir la validez de los conocimientos y las formas de saber no reconocidos como tales por las epistemologías dominantes” (Santos, 2021:117). Así como este autor propone una sociología de las ausencias (Santos, 2014), sería deseable avanzar en una *salud mental de las ausencias*, que nos permita centrarnos en los conocimientos aún casi inexistentes para la ciencia, ya que se producen por sujetos y colectivos no reconocidos como capaces de producir conocimiento válido. Es necesario aún transformar mucho de esas ausencias en presencias, y gran parte del trabajo hacia una perspectiva decolonial crítica en salud mental presenta estos desafíos.

Bibliografía

- Alvim, NAT (2013) Salud en la perspectiva de la integralidad. *Esc Anna Nery*, 17(4): 599-602. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130001>
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Río de Janeiro, Editora FIOCRUZ.
- Amendolaro, R (2018). Discriminación y salud mental: De vidas arrasadas a vidas vivibles... Igualdad, autonomía personal y derechos sociales. *Revista de la Asociación de Derecho Administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, 7: 87-112.
- Augsburger, C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81; 61-75.
- Bang, C. (2013). Reformas en salud mental en Argentina y prácticas participativas en la comunidad.

- Libro del Congreso Mundial de Salud Mental 2013*. World Federation for Mental Health. pp. 400-402.
- 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. (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.
- Bang, C. (2016). *Creatividad y salud mental comunitaria. Tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva*. Buenos Aires, Lugar.
- Bang, C. (2020). Salud mental en tiempos de pandemia: recreando estrategias comunitarias en el primer nivel de atención. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología; Universidad Nacional de Córdoba*. 5(1): 217-232. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/30935/31611>
- 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>
- 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. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe041>
- Bang, C., Lazarte, V., Chaves, F., Casal, M. (2022). Prácticas de salud/salud mental y producción de cuidado durante la pandemia por COVID-19. *Revista Saúde em Debate*, 46(1): 194-205. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E113>
- Bang, C., Salerno, V. (en prensa). Diálogos de saberes y prácticas entre los campos de salud mental comunitaria y arqueología pública. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. <http://www.relmis.com.ar/>
- Bang, C., Stolkiner, A. y Corín, M. (2016). Cuando la alegría entra al centro de salud: una experiencia de promoción de salud en Buenos Aires. *Interface - Comunicacao, Saúde, Educacao*. 20(57): 463-73. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0582>
- Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata*. Milano, Baldini Castoldi Dalai.
- Breilh, J. (2021). *Critical Epidemiology and the Peoples' Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Brooks, S., Webster, R., Smith L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., James Rubin, G. (2020). The Psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395: 912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfel, M. y Riva M.R. (2009) El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría XX(86)*: 299-307.
- Campos, GWS. (2009). *Gestión en salud en defensa de la vida*. Buenos Aires, Lugar.
- Canguilhem G. (2013). *Le Normal et le pathologique*. París, PUF.
- Carpintero, E., y Vainer, A. (2007). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los 60 y 70*. Buenos Aires, Topía.
- Cohen, H. (2009). *Salud mental y derechos humanos: vigencia de los estándares internacionales*. Buenos Aires, OPS.
- Comes, Y. (2020). Trabajar en lo emergente cuando pase la emergencia. *Revista Soberanía sanitaria*, Edición Especial – Pandemia. pp. 47-52.
- Czeresnia, D. y Freitas, C. (2006). *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires, Lugar.
- Da Silva, AG., Marques Miranda, D., Paim Díaz, A., Silva Teles, AL., Fernandes Malloy-Diniz, L., Pacheco Palha, A. (2020) Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. *Brazilian Journal of Psychiatry* 42(3): 229-231 <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0009>

- De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempo de descuido*. Santiago de Chile, LOM.
- Dussel, E. (2015) *Filosofías del sur. Descolonización y transmodernidad*. DF México, Kal.
- Epele, M. (2013). *Padecer, cuidar y tratar- Estudios socioantropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires, Antropofagia.
- Franco, TB. y Merhy, EE. (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*. Buenos Aires, Paidós.
- Giovanella, L., Vega, R., Tejerina-Silva, H., Acosta-Ramirez, N., Parada-Lezcano, M., Ríos, G., Iturrieta, D., Fidelis de Almeida, P., Feo, O. (2021) ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, 19, e00310142. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>
- Heller, A. (1972). *Historia y vida cotidiana. Aportación a la sociología socialista*. Buenos Aires, Grijalbo.
- Human Rights Council (2020). Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nation Human Right. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/GlobalAgendaMentalHealth.aspx>
- Lorente Molina, B. (2004). Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, XXVI: 39-53.
- Luciani Conde, L. (2019). *Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental*. Buenos Aires, FEDUN.
- Luciani Conde, L. (2020). El trabajo de las disciplinas y la igualdad de derechos como núcleos problemáticos en la atención de salud mental. En Herrera, Fernandez y de la Torre (dir.) Videtta (coord): *Tratado de géneros, derechos y justicia*. Santa Fe, Rubinzal Culzoni Editor. pp. 569-584.
- 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*. Buenos Aires, Lugar.
- Merhy, EE. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Pablo, Hucitec.
- Ley Nacional de Salud Mental. (2010) Ley 26.657 (B.O: 03/12/2010). Derecho a la Protección de la Salud Mental. Recuperado de: http://www.ms.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires, Paidós.
- Onocko-Campos, R., Davison, L y Desviat, M. (2021) Salud mental y derechos humanos: desafíos para servicios de salud y comunidades. *Salud Colectiva*, 17: e3488. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3488>
- PAHO/WHO (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization*. Washington, Editores.
- Paim JS. y Almeida-Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32(4): 299-316. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>
- Parra, MA. (2016). Articulaciones entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1): 30-37. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a04>
- Pfefferbaum, B. y North, C. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The new England Journal of Medicine*. Perspective. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>

- Piselli, F. (2007) Communities, places and social networks. *American Behavioral Scientist*, 50(7): 867-878. <https://doi.org/10.1177/0002764206298312>
- Rivera Cusicanqui, S. (2018). *Un mundo ch'ixi es posible. Ensayos desde un presente en crisis*. Buenos Aires, Tinta Limón
- Santos, BS. (2014). *Justicia entre saberes: Epistemologías del Sur contra el epistemicidio*. Abingdon, Routledge.
- Santos, BS. (2021). *Descolonizar la universidad: El desafío de la justicia cognitiva global*. Buenos Aires, CLACSO.
- Seixas, CT., Merhy, EE., Baduy, RS. y Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: Una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12(1): 113-123. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.874>
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas de Salud Mental. *Revista Actualidad Psicológica*, XXVI (293): 26-29.
- Stolkiner, A. (2015). Salud Mental: Avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En Gollan y otros: *¿Qué hacer en salud?* Buenos Aires, Colihue. pp. 57-70.
- Stolkiner, A. (2020). El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia. *Revista Soberanía sanitaria*, Edición Especial – Pandemia, 22-26.
- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En Maceira (Comp.) *Atención Primaria en Salud-Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires, Paidós. pp. 121-146.
- Tejada de Rivero, D. (2003) Alma Ata 25 años después. *Revista Perspectivas de la Salud-OPS*, 8(2): 3-7.
- Tol, WA., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T., Souza, R., Golaz, A., van Ommeren, M. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *The Lancet, Series Global Mental Health*, 378 (9802): 1581-91. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61094-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61094-5)
- WHO (2001). *The World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Washington, Editor.
- WHO/WONCA (2008). Integrating mental health into primary care- A global perspective. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
- Woronowski, M. (2018). Encrucijadas. *Revista Soberanía Sanitaria* 2(4): 43-47.
- Zacus, D. y Lysack, C. (1998). Revisiting Community Participation. *Health Policy and Planning*. 13(1): 1-12.