

# Los profesionales de salud y salud mental en prácticas comunitarias: descubriendo una experiencia participativa de promoción de salud mental en red\*

The health and mental health professionals in community practices: discovering a participatory experience of mental health promotion in a network

Claudia L. Bang<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Doctora en Psicología (Universidad de Buenos Aires, Argentina), Magister en Salud Pública Internacional (Escuela nacional de Sanidad, Madrid, España) y Licenciada en Psicología, Argentina. Correo electrónico: claudiabang@yahoo.com.ar

Recibido: 30 de junio de 2014. Aprobado: 20 de diciembre de 2014. Publicado: 15 de marzo de 2015

---

Bang CL. Los profesionales de salud y salud mental en prácticas comunitarias: descubriendo una experiencia participativa de promoción de salud mental en red. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2015; 32(supl 1):S134-S142.

---

## Resumen

**Objetivo:** describir y analizar la participación de dos equipos de salud y salud mental en una experiencia interdisciplinaria e intersectorial de promoción en salud mental comunitaria.

**Metodología:** Investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva. Estudio de caso único centrado en actividades participativas de arte y juego llevadas adelante por una red de instituciones en la ciudad de Buenos Aires. Se realizaron 18 entrevistas en profundidad a profesionales de las dos instituciones estatales de salud participantes. La sistematización del material se realizó siguiendo técnicas de análisis de contenido y generación de categorías. **Resultados:** la participación de las profesionales entrevistadas se da como forma de resistencia y alternativa al modelo médico de atención institucional. La inclusión progresiva en estas actividades es altamente valorada, como principal contacto con la comunidad y oportunidad para el desarrollo de acciones de promoción de

salud mental. En opinión de las profesionales entrevistadas, este proceso ha producido efectos transformadores hacia el interior de las instituciones: ha permitido horizontalizar vínculos, crear conocimientos prácticos compartidos e incluir la dimensión afectiva de la relación entre profesional y paciente. **Discusión:** Esta experiencia sienta antecedente como forma de articulación necesaria en las prácticas promotoras de salud mental comunitaria, imprescindibles para el éxito de los procesos de reformas en salud mental de la región. Se concluye que la posibilidad de articulación entre los principios de la promoción de la salud y las prácticas de salud mental sólo es posible a través de la articulación intersectorial y la generación de espacios concretos y efectivos de participación comunitaria. -----**Palabras clave:** Promoción de salud mental, participación comunitaria, equipos profesionales, reformas en salud mental, redes en salud.

---

\* El presente trabajo se enmarca en un proyecto de investigación UBACyT dirigido por la Lic. Alicia Stolkiner (Departamento de Investigación, Facultad de Psicología UBA), y formó parte de la investigación doctoral de la autora realizada con dos becas del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET).

## Abstract

**Objective:** to describe and analyze the participation of two health and mental health professional teams in an interdisciplinary and intersectoral experience of community mental health promotion. **Methodology:** qualitative research, exploratory and descriptive. Unique case study focused on participatory activities of art and games carried out by an institutions network in Buenos Aires city. 18 in-depth interviews were realized to professionals from the two state health institutions participating. The systematization of the material was carried out using techniques of content analysis and generation of categories. **Results:** the participation of the professionals interviewed is given as a form of resistance and alternative to the medical model of institutional care. The gradual inclusion in these activities is highly valued, as principal contact with the community and opportunity for the development of actions in mental health promotion. In

the opinion of the professionals interviewed, this process has produced transformative effects in the interior of the institutions: it allowed horizontalise links, create shared skills and include the affective dimension of the relationship between professional and patient. **Discussion:** This experience lays an antecedent as a form of necessary link in practices of community mental health promotion, essential to the success of the reform in mental health in the region. It is concluded that the possibility of articulation between the principles of health promotion and the practices of mental health is only possible through intersectoral articulation and the generation of specific areas of effective community participation.

-----**Keywords:** Mental health promotion, community participation, professional teams, mental health reforms, health networks.

## Introducción

Desde la segunda mitad del siglo XX, el desarrollo de políticas en salud mental propone transformaciones de los sistemas de atención con base en la comunidad [1], ampliando la cobertura hacia nuevos problemas, instalando la atención en el primer nivel de los servicios generales de salud e impulsando prácticas de prevención y promoción [2]. Desde la redacción de la Carta de Ottawa [3] las políticas de promoción de salud ya han definido como un punto indispensable el fortalecer la acción comunitaria. Entendiendo que la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, se acentúa la importancia de la intersectorialidad y la participación de la comunidad en las prácticas promotoras de salud. La participación social se realizaría a través de la acción efectiva de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones y la planificación e implementación de estrategias para el logro de una mejor salud [4]. En los procesos de reformas en salud mental, resulta necesario retomar estos principios contenidos en la Carta de Ottawa para una efectiva transformación del modelo manicomial. Dichas reformas no podrán ser exitosas si se limitan a la transformación exclusiva de los dispositivos de atención en salud mental.

En Argentina, la nueva Ley Nacional de Salud Mental, sancionada a fines del año 2010, ofrece un marco legal que impulsa la transformación de la lógica manicomial, hacia un modelo de abordaje integral, que acentúa la importancia de implementar estrategias comunitarias en el campo de prácticas en salud mental [5]. La Atención Primaria de Salud (APS) integral con enfoque en salud mental incorpora acciones de prevención y promoción

de la salud mental en acciones generales de salud, a fin de reincorporar la dimensión subjetiva, generalmente eludida en los modelos de atención, humanizándola [6]. Desde este marco, se da una articulación posible entre la estrategia de Atención Primaria de Salud integral y prácticas de prevención y promoción de salud mental. Sin embargo, en nuestro país el proceso de reformas en salud mental está signado por fuertes tensiones y conflictos entre los diferentes actores intervinientes. Al igual que en otros países de América Latina, el sistema de salud argentino está caracterizado históricamente por la segmentación, fragmentación y heterogeneidad [7], lo que dificulta la generación de estrategias de intervención articuladas entre diferentes efectores.

En este contexto complejo de tensión y fragmentación, surgen algunas experiencias de promoción de salud mental invisibilizadas por el sistema. Nos referimos a iniciativas aisladas, surgidas de equipos profesionales de salud y salud mental que, a través de su inclusión en actividades de la vida comunitaria, han encontrado una vía para el desarrollo de acciones participativas e integrales en salud mental. Sin haber sido creados ni visibilizados por el sistema de salud, diversos espacios de participación y organización comunitaria, han alojado a estos equipos profesionales y sus prácticas. Su incorporación al trabajo de redes interinstitucionales preexistentes en la comunidad se ha constituido en una gran oportunidad para el desarrollo de acciones conjuntas en salud mental comunitaria. Muchas de estas experiencias articuladas en red incorporan estrategias de intervención no convencionales, desarrolladas en diferentes espacios comunitarios, por fuera de las instituciones. Basadas

en la lógica de derechos e integralidad de las prácticas, estos dispositivos abordan problemáticas psicosociales complejas a partir del desarrollo de procesos colectivos en la comunidad. Estas experiencias embrionarias muestran su potencia en el abordaje de problemáticas de salud mental en la comunidad desde una perspectiva de promoción de salud mental integral.

A partir de este desarrollo surgen algunas preguntas que guían la presente investigación: ¿Qué sucede cuando el personal de salud mental enlaza sus prácticas con actividades comunitarias preexistentes? ¿Cuál es la articulación entre estos efectores de salud y las prácticas de promoción de salud mental desarrolladas en la comunidad? ¿Qué características tienen los abordajes resultantes? ¿Qué efectos produce dicha articulación en la comunidad y en las instituciones de salud?

El objetivo de este escrito es describir y analizar la participación de dos equipos de salud y salud mental en una experiencia interdisciplinaria e intersectorial de promoción en salud mental comunitaria, llevada adelante por una red de instituciones en la ciudad de Buenos Aires. Se realiza un acercamiento descriptivo a estas prácticas desde el discurso y la perspectiva de los profesionales intervinientes, rescatando la voz de los trabajadores, que son protagonistas de estas iniciativas de acción comunitaria.

Estas experiencias que articulan acciones por fuera del sistema de salud de forma incipiente y novedosa, no han sido suficientemente indagadas. La inclusión de profesionales de salud y salud mental en estas prácticas tampoco ha sido abordada en sus características y potencialidades, constituyéndose en un área de vacancia temática. Consecuentemente, resulta necesario su estudio para darles visibilidad y proponer su inclusión en las políticas que guían los procesos de reformas en salud mental en la Argentina y en la región. Estas propuestas trabajan para la transformación hacia una comunidad más inclusiva, que facilite la atención de los padecimientos mentales en la comunidad. En este sentido, el abordaje comunitario en promoción de salud mental genera grandes oportunidades y fortalezas, desde una propuesta que trabaja no solo con usuarios del sistema de salud mental, sino que incluye a su comunidad, produciendo una clínica ampliada.

Este escrito se inscribe en una línea de trabajo que entiende a la salud y a la salud mental desde una perspectiva integral y no normativa [8]. Desde esta perspectiva, no es posible aislar la salud mental de la salud en general, salvo por finalidades operativas o de acción; la especificidad de la salud mental se encuentra en la importancia de incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de salud y promoción de salud. Este estudio se centra en una experiencia que trabaja específicamente desde dispositivos no convencionales de promoción

de salud en el campo de la salud mental. Dirigidas a toda la comunidad, las acciones de promoción de salud mental comunitaria son aquellas que generan procesos colectivos para la transformación de lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación creciente de la comunidad [9]. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico” [10]. El sostenimiento de estas acciones en el tiempo, permite la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados [11].

## Metodología

El presente estudio continúa y profundiza parte de la investigación doctoral de la autora, cuyo objetivo general fue describir y analizar articulaciones existentes y potenciales entre prácticas de promoción en salud mental comunitaria y prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público. Enmarcada en la investigación cualitativa en salud [12], se trata de una investigación de tipo exploratoria descriptiva. La estrategia de diseño se ha centrado en el estudio de caso único [13], tomando como unidad de observación y análisis a las actividades de promoción de salud mental comunitaria llevadas a cabo por una red de instituciones del centro de la ciudad de Buenos Aires. A través de la realización participativa de eventos callejeros con contenido de arte, creatividad y juego, dicha red se propone promover una mejor calidad de vida a partir de la participación creciente de la comunidad, aportando a la recomposición de tejidos sociales y recuperando el espacio público para la regeneración de vínculos e integración comunitaria. De esta experiencia participan alrededor de 15 instituciones y organizaciones sociales.

La etapa de recolección de datos de la investigación doctoral se ha desarrollado desde la perspectiva etnográfica [14], siguiendo las técnicas de observación participante y entrevistas en profundidad [15]. Los resultados generales de dicha investigación han sido publicados por la autora en trabajos anteriores [16]. Como profundización de uno de sus ejes, este artículo se centra en el estudio de la participación de dos equipos pertenecientes a instituciones estatales de salud: se trata de profesionales de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), ubicado en el primer nivel de atención del área programática de un Hospital General, y un Centro ambulatorio de Salud Mental perteneciente a la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Para ello, se entrevistó a todos

los profesionales de ambas instituciones de salud que participan de las actividades comunitarias objeto de este estudio. Las 18 entrevistas resultantes se realizaron a médicas, psicólogas y trabajadoras sociales, todas resultaron ser mujeres. En ellas se indagó sobre la caracterización de las prácticas objeto de estudio y los discursos sobre la propia participación en ellas.

El proceso de sistematización del material de entrevistas recogido se realizó siguiendo dos técnicas de análisis de contenido: el análisis temático y el análisis de relaciones [12]. El principio de recurrencia temática [17] en el material de entrevistas permitió delimitar grandes núcleos temáticos, los que fueron agrupados siguiendo los procesos de generación de categorías y articulación conceptual por tema [18]. Siguiendo los criterios de integración local e inclusiva [19] se dio un ordenamiento a todo el material, lo que permitió desprender los resultados y reflexiones finales. Se utilizaron como criterios de validez la triangulación de técnicas en el análisis de la información (descripción etnográfica, análisis de contenido, análisis de situaciones sociales) y el criterio de credibilidad etnográfica [20], incorporado la triangulación entre investigadores, a través de encuentros periódicos e intercambio permanente con miembros del equipo de investigación en el que se inscribe este trabajo y otros investigadores de áreas afines. En relación a los criterios éticos y de acuerdo a las características de la investigación, se ha seguido un proceso gradual de obtención del consentimiento informado [21].

## Resultados

Los relatos recogidos presentan claramente varias temáticas comunes y altamente significativas para las entrevistadas, lo que permite situar un denominador común a la hora de caracterizar la participación de estos equipos de salud y salud mental en la experiencia estudiada. Se presentan los resultados del análisis de entrevistas en un ordenamiento de diferentes apartados, cuyo contenido se ha agrupado siguiendo un criterio de recurrencia temática:

### **Diferenciándose de las prácticas institucionales: del “hospitalito” a la comunidad**

Tanto el CESAC como el Centro de Salud Mental (en adelante CSM) integran formalmente la red de instituciones del barrio en el que están situadas. Dicha red no surge como propuesta organizativa desde el Estado, sino que nace como iniciativa de algunas organizaciones no gubernamentales que asisten a la población más pobre. Un primer dato significativo surgido de las entrevistas indica que la participación de ambas instituciones de salud es sostenida por unos pocos profesionales, como

una forma de resistencia y alternativa al modelo de atención propuesto desde la institución de origen.

Las trabajadoras del CESAC caracterizan el funcionamiento de su institución diciendo: “los profesionales tienen en la cabeza el modelo médico, quieren hacer del centro de salud un hospitalito, funcionar como hospital chiquito”; “acá los médicos consideran lo importante al guardapolvo y al estetoscopio”; “en este centro los resultados se miden por cantidad de casos atendidos en consultorio y el resto no importa”. La médica del CESAC, por ejemplo, manifiesta que muchos profesionales no entienden qué hace ella en la reunión de red, y reflexiona: “... claro, es que ésto no responde al modelo médico”. Se afirma también que el centro trabaja principalmente con demanda espontánea, sin acercamiento a las problemáticas comunitarias que no llegan a la consulta.

Características análogas son encontradas por las profesionales del CSM en su institución. Una de las psicólogas relata que la institución tiene “una clara historia de asistencia en lo que hace a la atención, no así promoción y prevención. Básicamente es asistencia a través de consultorios externos”. Otra entrevistada menciona que “la mirada es en relación a la enfermedad (...) todo pasa por la historia clínica, si no se trata de pacientes con historia clínica parece que no tienen nada que hacer acá, eso limita mucho las prácticas posibles”, a lo que agregan “el hospital es conocido por el trabajo con pacientes acá adentro, nunca hubo un trabajo afuera de las paredes institucionales”.

Todas las entrevistadas acuerdan en que sus prácticas comunitarias intentan diferenciarse de aquellas sostenidas por su institución de origen. Así lo expresa una trabajadora social: “A mí siempre me gustó mucho el trabajo comunitario, no creo que la prevención se pueda trabajar en una institución, con un delantal, con un estetoscopio colgando, marcando la diferencia con el otro”. Muchas profesionales relatan que, al llegar a la institución, les interesó conocer las problemáticas del barrio. Para ello no encontraron caminos institucionales, pero se agruparon con quienes tenían el mismo interés para salir a la comunidad, así se formaron los equipos comunitarios. Una médica del CESAC lo comenta diciendo: “salimos a recorrer el barrio y nos encontramos que las familias más pobres, por diversas cuestiones, no accedían al sistema de salud (...) entonces empezamos a pensar que había que hacer estrategias que favorecieran un acercamiento”.

Para realizar esta tarea, el equipo del CSM preparó un proyecto institucional-comunitario: “fue necesario armar un proyecto, había que explicar en la misma institución por qué era necesario salir a la comunidad, que eso era importante”. Estas profesionales trabajaron con una mirada diferente a la que sentían imperante en la institución: “y empezamos a buscar instancias diferentes que nos permitieran trabajar con la

comunidad, no sobre un síntoma en particular, sino sobre sus situaciones de vida”.

Al tener una mirada de salud integral, estos dos equipos sintieron necesario el traspasar los muros institucionales para encontrarse con lo que sucedía por fuera. Como lo manifiesta una entrevistada: “recién cuando salimos entendimos que muchas de las situaciones de enfermedad que veíamos en la población que atendíamos en el centro tenían que ver con su situación inmediata de vida, con su medio de vivienda, trabajo, de acceder a los espacios de salud, de cultura y de juego, y entendimos que había que fortalecer la salud más que la enfermedad”.

### **Los eventos callejeros: un puntapié para poder salir**

Todas las entrevistadas manifiestan que, su participación en las actividades de la red se ha constituido en el principal punto de contacto con la comunidad, y una gran oportunidad para el desarrollo de acciones de promoción de salud y salud mental. La razón de ello se encuentra, en parte, en que “la red surge de la inquietud de una serie de referentes de diferentes organizaciones por conocer las problemáticas del barrio y trabajar colectivamente para abordarlas”, “ellos comenzaron a convocar a la gente del barrio para conocerse y compartir”, así lo comentan las entrevistadas.

Estas actividades en red se centran en la organización conjunta de eventos callejeros, descritos por las profesionales: “se trata de diferentes fiestas en el año, organizadas desde la comunidad y algunas organizaciones sociales, tienen todo un proceso participativo de planificación, ejecución y evaluación...” A partir de un pedido de corte de calle municipal, cada evento se realiza en diferentes calles del barrio:

“todo gira alrededor del arte, la creatividad y el juego, cada encuentro comienza con un espacio participativo de juegos callejeros y luego se despliegan números de teatro, música, lectura, mural, todo se arma entre las organizaciones de la red y la gente del barrio”.

Un dato significativo es que las profesionales de ambos equipos relatan su acercamiento a la red de forma análoga. Desde el CSM afirman:

“nuestras primeras participaciones no fueron institucionales, fue por nuestra cuenta, como puntapié para poder salir. Fue en un evento donde fuimos algunos sólo a ver la dinámica...” Este fue un primer acercamiento, cuya evaluación positiva impulsó al equipo a comenzar a participar: “nos gustó, dijimos: acá pueden salir un montón de cosas, hay un espacio interesante”. Desde ambos equipos se acercaron “a título personal”, lo que significa que no lo hicieron desde su inscripción institucional. Lo que vivieron en el evento les gustó, les pareció interesante y después lo llevaron a su institución. Así lo relatan desde el CESAC: “en nuestras primeras actividades comunitarias fuimos a la Milonga de Humahuaca [nombre de uno de los eventos], llevábamos pacientes. Vimos que los vecinos estaban todos contentos y dijimos ¡qué bueno que está!”.

Una de las cosas más significativas fue encontrar a las familias con las que habían perdido contacto: “descubrimos que encontrábamos ahí a los pacientes del barrio que habíamos perdido y eso era importante para nosotros”. Esto las motivó a participar: “luego fuimos con una mesita del centro de salud y preservativos. En principio difundíamos lo que hacemos de prevención y promoción”.

Las entrevistas acentúan la importancia de un trabajo previo realizado por la red:

“cuando nosotros llegamos a la red, ya había todo un camino recorrido” recuerdan, explicando que “a través de los eventos se intenta fortalecer las redes de contención comunitaria y abrir un espacio altamente participativo que permite conocer problemáticas barriales y abordarlas colectivamente”.

Se citan ejemplos de este proceso:

“algunas familias comenzaron a pedir que los eventos tengan regularidad para que sus hijos tengan los espacios para jugar que no tienen en sus casas, son familias que viven en situación de hacinamiento”; “también se incorporaron los bailes y cantos populares de la población migrante que vive en el barrio, cobrando un fuerte protagonismo”.

Este acercamiento abrió la posibilidad de sostener otro tipo de prácticas: “desde ahí todas nuestras actividades fueron pensadas de una manera comunitaria, apuntamos al trabajo en la calle, que el espacio público para nosotros es un lugar de encuentro, pero eso lo aprendimos en la red”.

Para ambos equipos, la red interinstitucional ocupa un lugar central en la posibilidad de realizar actividades comunitarias. Por ejemplo, las trabajadoras del CESAC entienden que su articulación con la red le da visibilidad y legitimidad a sus prácticas comunitarias dentro de la propia institución. Otra profesional agrega que: “sin la red no hubiéramos podido hacer nada, todo lo que hicimos de actividad comunitaria fue gracias a que la red nos dio todo el respaldo y trabajó con nosotros”.

Para el CSM también “la red fue el primer punto de anclaje para pensar en una salida a la comunidad”. Ellas se propusieron entonces construir desde su equipo “un espacio más colectivo, hacer un adentro y afuera institucional más poroso, más flexible...”

Como parte de este proceso, uno de los eventos callejeros comenzó a realizarse en la puerta del CESAC, hecho altamente significativo para ambos equipos profesionales.

### **Efectos hacia el interior de las instituciones: permeabilizando lo impermeable**

Resulta altamente significativo que todas las entrevistas acentúan la importancia de lo que se produce hacia el interior de sus instituciones. Así lo expresan:

“yo en donde más veo el cambio es acá adentro [refiriéndose a la institución]”. “Es como que si desde

adentro se hubiera dado el efecto de visibilizar que hay un barrio y que ésto se inserta en una zona donde suceden cosas; y hay un lugar para hacer cosas allí, y no sólo esperar que las consultas vengan acá”. A partir de los eventos y el encuentro con otras instituciones del barrio se empezó a “dar a conocer dentro del equipo las instituciones de afuera, porque la mayoría de nosotros no conocía las instituciones, no sabíamos que había juegotecas donde le podés decir a los pacientes que vayan o acudan, como recursos que no sabían que estaban disponibles”.

Según estas profesionales, el movimiento que ellas han podido realizar ha generado un cambio en otros profesionales de la institución, haciendo visible la importancia de la trama vincular. Se afirma que, en el CSM se empezó a comprender “que los pacientes también tienen una vida afuera y que lo mejor que les puede pasar es armar lazos con otros vecinos, con las instituciones, que el paciente deje de ser ‘mi paciente’ y pueda circular por otros espacios”.

Este proceso es desencadenado por estas profesionales al interior de sus instituciones de origen, intentando subvertir algo del orden hegemónico instituido:

“es importante lo que mueve nuestra participación hacia adentro del centro de salud, el primer evento callejero que hicimos no vinieron los profesionales, a medida que fueron pasando los años se fue incorporando más gente”; “también los propios profesionales encontraron en el juego, la recreación y la sonrisa una parte de la salud”.

Se trata de la posibilidad de ser agente de transformación de las propias prácticas y lograr con ello (como en una especie de tracción) una apertura institucional, que permita una participación creciente:

“intentamos generar un proceso de participación hacia adentro de los equipos, tanto de los colegas con los que trabajamos, como de los pacientes, sean o no del barrio”; “lo fuimos logrando de a poco, cada vez más. Hay profesionales que son compañeros nuestros que no participan del proyecto comunitario y comenzaron a ir a los eventos”.

### Las características significativas de esta experiencia

Los discursos contenidos en las entrevistas convergen en acentuar algunas características fundamentales de los eventos callejeros. A ellas se les atribuye la posibilidad de articulación con las acciones promotoras de salud mental que estos equipos se propusieron realizar:

*1. La calle.* Todas las entrevistadas mencionan que, la localización callejera de los eventos es muy importante y de gran valor. Una médica afirma: “la gente considera que el CESAC es un lugar ajeno y les cuesta acercarse. La calle, en cambio, es un lugar de tránsito de todos, estamos de igual a igual ahí, eso es algo importante”. En este sentido, la utilización de la calle facilita el acercamiento de la población a una actividad de salud, y por otro lado, permite horizontalizar los vínculos entre el personal de salud y la comunidad.

El uso de la calle también posibilita cuestionar, a través de los actos, el ideal de práctica sostenido institucionalmente, y mostrar otro espacio donde es posible la salud mental. Las profesionales afirman: “estando en la calle vimos que se cuestionaban ciertos discursos institucionales”; “se rompe el ideal de la atención de la salud mental en consultorio, algo de eso puede estar en la calle también”; “nosotros también podemos estar donde está la gente y donde las cosas suceden”. Se valora así la posibilidad de actuar una transformación, otra forma de hacer, desplegarla activamente en un espacio tan visible como la calle.

*2. El arte y el juego.* Todas las entrevistadas acuerdan en encontrar que su participación en actividades lúdicas y creativas en los eventos marcó la posibilidad de acercarse a la comunidad. Según las entrevistadas: “es posible atravesar los muros institucionales en la medida en que hay un acercamiento fuera de esta relación de escritorio y en un espacio lúdico”; “es lúdico y hay un acercamiento diferente. Antes pedían atenderse por la doctora, ahora preguntan por Lorena, en el juego se armó otra relación”; “con el arte y el juego todos jugamos juntos”. Una psicóloga recuerda: “Lo que más me impactó fue ver a los médicos jugar con los niños, subversión total de la medicina y del poder médico”. Otra profesional agrega: “la fiesta callejera arma lazos entre todos, con los vecinos y las instituciones, y así jugando no sabés muy bien quién es el otro, pero jugás y podés compartir éso, es el punto de encuentro que estábamos buscando”. Una médica afirma: “cuando jugás te relacionás con el otro desde un plano más vincular, más humano, te sacás el guardapolvo y sos un par, cuando estás en la consulta no sos un par. Después eso facilita la comunicación”. Esta “otra forma” de relacionarse permite introducir la dimensión afectiva en la relación profesional-paciente, lo que es altamente valorado.

Por otro lado, las entrevistadas afirman haber encontrado en el arte y el juego callejero un espacio potente de promoción de salud mental: “cuando vos invitás desde el centro de salud a la gente a festejar, poner el cuerpo y jugar también le estás diciendo: ésto también es salud mental”; “la mayoría de los pacientes que fueron, después me dijeron que lo pasaron muy bien... y yo pensé: ¿qué mejor promoción de salud mental?”; “lo importante es que no pierdan la capacidad de reírse, la capacidad de jugar, el asombro, y todo eso hace a su salud física y mental... y a la nuestra”. De esta forma, se trasmite en acto la idea de una salud mental asociada al placer, la alegría y las relaciones comunitarias.

*3. La participación comunitaria.* Uno de los objetivos centrales y manifiestos de los eventos es la participación: “que la gente del barrio venga”, “lo importante es la participación de la comunidad”, “armar la fiesta entre todos”. Se entiende que es a través de esta participación que se construye el espacio de encuentro

e intercambio: “se fomenta la participación activa y la toma de decisión conjunta”. Para estas profesionales, el evento crea un marco de posibilidad para generar redes institucionales de contención para la población a la que asisten. Así lo relatan: “son familias con muchas necesidades y no conocen las instituciones del barrio, las pudimos relacionar en los eventos con referentes de otras instituciones”; “en el evento pudimos mostrarle a nuestros pacientes que en el barrio había otras cosas: mirá que hay juegoteca para tu chiquito, apoyo escolar, talleres... y se conocieron jugando en la calle”; “al venir mucha gente del barrio, ahí podemos conocer lo que les pasa, charlando simplemente, porque el contexto lo permite”. Por su dimensión participativa, el evento parece constituirse en puerta de entrada a una red de cuidados en salud.

A partir de la participación comunitaria en los eventos, ambas instituciones han intentado generar un canal entre la comunidad y la institución, sin embargo, esto provoca fuertes contradicciones: “la gente cada vez que viene al CESAC se siente expulsada, entonces ¿por qué ahora los vamos a invitar a jugar?”; “invitamos en el evento a que se acerquen al centro, pero después acá les siguen poniendo barreras, es una constante lucha que tenemos en ambos sentidos”; “es una incoherencia tal en el sistema que la gente se siente perdida... igual que nosotras”. En el relato de las profesionales se expresa la convivencia institucional de estas prácticas contradictorias. Poder atravesar el momento de desconcierto hacia la apropiación comunitaria es vivido como una vía posible de transformación: “nosotros tenemos un objetivo principal cada vez que salimos, que es dejar marca del CSM en el barrio, eso siempre está: que la gente sepa que está el CSM”.

## Discusión

Este estudio ha permitido describir un proceso de articulación entre efectores de salud y prácticas participativas en la comunidad como estrategia de promoción de salud mental comunitaria. Estas experiencias articuladas en red, utilizan el arte y el juego como prácticas creativas colectivas, tomando la calle como escenario de participación comunitaria y generando así, un espacio de resistencia a las prácticas de salud hegemónicas.

Los contextos institucionales descriptos se caracterizan por una fuerte tensión, debido a la convivencia de modelos antagónicos de atención, sostenidos por diversos profesionales, sin articulación entre sí. Ambos equipos describen las prácticas que priman en sus instituciones según el modelo bio-médico [22], caracterizado por el biologismo, la asocialidad e individualismo de su delimitación de objeto, centrado en la enfermedad y la relación asimétrica de poder entre profesional y paciente [23]. La organización de

estos servicios, centrados en la atención de la demanda, deja de lado las posibilidades que tiene la población de adaptarse a estas formas institucionales, y termina siendo expulsiva [24]. En este sentido, tener acceso a una atención no garantiza el franqueo de las barreras en salud [25]. Esta dificultad, junto con la falta de acciones de promoción y prevención sostenida desde las instituciones, han alertado a estos equipos profesionales sobre la necesidad de generar sus propias iniciativas de trabajo hacia la comunidad, iniciativas que fueron resistidas inicialmente por los servicios.

En este contexto, la acción comunitaria se sostiene en una alianza con otras instituciones y organizaciones del barrio, gracias a la preexistencia de una red que opera a través de acciones de participación comunitaria. Estas profesionales se sintieron motivadas a acercarse a los eventos callejeros y descubrieron allí un hecho potente de promoción de salud mental, que responde a una perspectiva integral. Desde entonces, todas las actividades promotoras de salud y salud mental se realizan en articulación con la red.

Esta experiencia muestra que, la promoción en salud mental se articula con las formas participativas de los colectivos sociales, produciendo profundos efectos subjetivos en los actores implicados. En el caso estudiado, este valioso proceso está posibilitado en primer lugar, por las características participativas de las acciones en red: según las entrevistadas, los eventos callejeros con contenido de arte, creatividad y juego han funcionado como un puente creativo entre la comunidad y los servicios, un puente lúdico-artístico facilitador. Por otro lado, esta práctica promotora de salud mental pone el acento en la realización colectiva, sostenida por relaciones vinculares, simétricas y participativas, como prácticas de cuidado en salud [26]. Al tratarse de una actividad que produce placer, tanto en la comunidad como en los profesionales que se suman a ella, genera condiciones facilitadoras para la conformación de una trama vincular afectiva, la que puede trasladarse luego a los espacios de atención institucional, como producción subjetiva del cuidado en salud. Según las entrevistadas, estas prácticas han permitido horizontalizar vínculos, crear conocimientos prácticos compartidos e incluir la dimensión afectiva de la relación entre profesional y paciente. Por sus características lúdico-artísticas particulares y los procesos cooperativos asociados, este dispositivo también ha permitido transmitir en acto una perspectiva de salud integral, basada en el cuidado y asociada al placer, la alegría y las relaciones comunitarias solidarias. En congruencia con la definición de promoción de salud mental integral expuesta en la introducción de este trabajo, estos procesos se constituyen en importantes promotores de salud mental. Esta mirada centra su atención en la salud y la vida como

práctica productora de subjetividad en los profesionales y la comunidad y aporte original de esta experiencia. La inclusión progresiva de profesionales de éstas y otras instituciones de salud y salud mental en este tipo de prácticas, permite fortalecer y darle mayor entidad a esta perspectiva integral de promoción y prevención. En este sentido, la posibilidad de incidir en la transformación de prácticas de salud mental centradas en el modelo bio-médico se ha manifestado como potencia y aporte novedoso de esta experiencia.

En relación a los procesos actuales de reformas en salud mental, la experiencia estudiada muestra una desarticulación existente entre los discursos comprendidos en las políticas y las prácticas institucionales. Este estudio pone en evidencia que, la posibilidad de articulación entre los principios de la promoción de la salud y las prácticas de salud mental, tal como son enunciados en políticas integrales de salud mental, sólo es posible a través de la articulación intersectorial y la generación de espacios concretos y efectivos de participación comunitaria. Para ello, los equipos de salud y salud mental comunitaria deberían incorporarse a espacios de articulación y participación comunitaria, siempre que ésto sea posible. Un movimiento progresivo en esta dirección permitiría incluir la dimensión de cuidados a los servicios de salud mental, como *alma de los servicios* y objeto de sus prácticas [26].

En la experiencia estudiada resulta significativo que, el incipiente proceso de transformación institucional surge desde los mismos profesionales relacionados con actores externos: es una transformación “desde abajo” que opera capilarmente. Como territorio de producción de subjetividad, estas prácticas integrales de salud mental tienen lugar desde las grietas institucionales, en los márgenes, haciéndose lugar desde los bordes [27]; y producen transformaciones hacia el interior, haciendo cada vez más porosos los muros institucionales. Una apertura progresiva a esta mirada integral por parte de los profesionales de la salud, permite también visualizar la posibilidad de incorporar estrategias y encontrar nuevas herramientas para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas, incluyendo la perspectiva intersectorial del trabajo en red y ampliando el horizonte de posibilidades en la atención.

Sin embargo, en un sistema de atención que reduce cada vez más la palabra del paciente, desconociendo y excluyendo sus referencias y orígenes socioculturales [22], la inclusión de prácticas subjetivantes puede ser vivido por la comunidad desde el desconcierto y la contradicción. En este sentido, resulta necesaria la inclusión de una mayor responsabilidad económica y social del Estado en la generación de transformaciones concretas de las lógicas hegemónicas en los procesos de reformas en salud mental. En el caso estudiado, estas dos instituciones estatales – el centro de salud como

efector del primer nivel de atención, y el centro de salud mental como dispositivo alternativo de atención de los padecimientos mentales en comunidad – deberían ser escenario privilegiado para las acciones de promoción de salud/salud mental comunitaria. En este sentido, esta experiencia sienta un antecedente que expresa una forma de articulación posible y necesaria en el campo de prácticas promotoras de salud mental comunitaria, imprescindibles para el éxito de los procesos de reformas emprendidos en nuestro país y en la región.

## Referencias

- Galende E. Psicoanálisis y Salud Mental: Crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- Organización Mundial de la Salud. The world health report 2001- Mental Health: New understanding, new hope. Ginebra: OMS; 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986.
- Organización Mundial de la Salud. Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. Summary report. Ginebra: OMS; 2004.
- Argentina. Ministerio de Salud. Ley 26.657 de 25 de noviembre de 2010: Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires: El Ministerio; 2010. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26\\_ley-nacional-salud-mental.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf)
- Stolkiner A, Solitario R. Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira D, (Comp.), Atención Primaria en Salud-Enfoques interdisciplinarios. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2007. pp.121-146.
- Stolkiner A. El Proceso de Reforma del Sector Salud en la Argentina. Ponencia, XV Conferencia de International Association on Health Policy. XXVIII Jornadas de debate sobre Sanidad Pública: Salud y crisis global. Madrid, España; 24 al 26 de Septiembre de 2009
- Czeresnia D, Freitas, C. Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Psicoperspectivas 2014; 13(2): 109-120.
- Hosman C, Jané-Llopis E. Retos políticos 2: Salud Mental. En: ECSC-EC-EAEC (Ed.) Unión Internacional para la Promoción de Salud y Educación. La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud: forjando la salud pública en una nueva Europa. Bruselas: Editor; 1999. pp. 29-41.
- Carvalho S. Promoción de la salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud Colectiva 2008; 4(3): 335-347.
- Minayo MCS. El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
- Yin R. Case Study Research: Design and Methods. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
- Hammersley M., Atkinson P. Etnografía. Barcelona: Paidós; 1994.
- Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis; 2000.



16. Bang C. Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: Un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental. *Anuario de Investigaciones* 2011; 18: 331- 338.
17. Stake R. Case studies. En: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage; 1994. Págs 516-529.
18. Marshall C, Rossman G. *Designing Qualitative Research*. London: Sage Publications; 1989.
19. Weiss R. *Learning from strangers. The art and method of qualitative interview studies*. Nueva York: The Free Press; 1994.
20. Geertz C. *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós; 1989.
21. American Anthropological Association. *Code of ethics of the American Anthropological Association*. Arlington: AAA; 2009. Disponible en: <http://www.aaanet.org/issues/policy-advocacy/upload/AAA-Ethics-Code-2009.pdf>
22. Menéndez E. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Colectiva* 2003; 8 (1): 185-207.
23. Stolkiner A, Ardila S. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* 2012; XXIII, (101): 52-56.
24. Campos GWS. *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
25. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Silva E. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras de acceso en salud mental. *Salud Colectiva* 2012; 8 (1): 25-34.
26. Merhy E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Pablo: Hucitec, 2002.
27. Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de Sueños; 2006.