

Prácticas de salud/salud mental y producción de cuidado durante la pandemia de Covid-19

Health/mental health practices and care production during the Covid-19 pandemic

Claudia Bang¹, Viviana Lazarte¹, Federico Agustin Chaves¹, Mariana Casal¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E113

RESUMEN El presente escrito se vincula a dos proyectos institucionales de investigación científica, en los que se ha propuesto indagar sobre prácticas de cuidado en salud mental durante la pandemia de Covid-19. El objetivo de este trabajo es describir y analizar prácticas de salud/salud mental centradas en el sostenimiento del vínculo en la atención y el fortalecimiento de redes productoras de cuidados en contexto de pandemia, desarrolladas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo que utiliza técnicas cualitativas para la recolección y análisis de datos. A partir de la reconstrucción de cuatro breves relatos vivenciales de nuestra propia práctica profesional, se abordan diversos núcleos temáticos de caracterización y análisis de la experiencia. Se concluye que estas prácticas recuperan la perspectiva de cuidados en salud/salud mental a través de la humanización del vínculo y la inclusión de la dimensión afectiva en la atención. Se trata de prácticas que, desde territorios institucionales muy diversos y por medio de dispositivos flexibles y creativos, han logrado sostener procesos participativos, afianzar abordajes interdisciplinarios y fortalecer las redes comunitarias de cuidados en un contexto de excepcionalidad y alta complejidad.

PALABRAS-CLAVES Salud mental. Pandemia. Creatividad. Atención a la salud. Redes comunitarias.

ABSTRACT *This paper is related to two institutional scientific research projects, which research on mental health care practices during the Covid-19 pandemic. The aim of this paper is to describe and analyze health and mental health practices focused on maintaining the assistance bonds and strengthening of care-producing networks in the context of pandemic, developed in the Metropolitan Area of Buenos Aires, Argentina. This exploratory and descriptive study uses qualitative techniques for data collection and analysis. Several core issues of characterization and analysis of experience are addressed based on the reconstruction of four brief experiences from our own professional practice. It is concluded that these practices recover the perspective of health and mental health care through the humanization of the bond and the inclusion of the affective dimension in mental health care practices. From very diverse institutional territories and through flexible and creative interventions, these practices have managed to maintain participatory processes, consolidate interdisciplinary approaches and strengthen community care networks in an exceptional and complex context.*

KEYWORDS *Mental health. Pandemic. Creativity. Health care. Community networks.*

¹Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología – Buenos Aires, Argentina.
claudiabang@yahoo.com.ar



Introducción

Este escrito se enmarca en la realización de dos proyectos institucionales de investigación científica, en los que se ha propuesto indagar las prácticas de salud/salud mental llevadas adelante por equipos interdisciplinarios durante la pandemia de Covid-19: Proyecto PICT-2018 ‘Salud Mental Comunitaria y Prácticas participativas que recuperan el pasado local’ (aprobado por Resolución N° 401/19 de Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica) y Proyecto UBACyT 2020 (COD: 20020190200040BA) ‘Atención primaria de salud y salud mental comunitaria: análisis de prácticas participativas e integrales llevadas adelante por instituciones en red’ (aprobado por RESCS-2020-345-E-UBA-REC de Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires). Ambos proyectos tienen sede en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, bajo la dirección de la Dra. Claudia Bang.

El comienzo de dicha pandemia en nuestro país ha dado lugar a una temprana y necesaria medida nacional denominada Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (Aspo)¹. Esta medida tuvo la finalidad de restringir la circulación de personas y reducir las actividades presenciales con el propósito de disminuir las posibilidades de contagios por Covid-19.

Desde poco antes de la detección de los primeros casos, las dinámicas de las instituciones de salud se transformaron radicalmente, centrándose en la prevención, detección y tratamiento de dicha enfermedad, lo que significó, en ese momento, una suspensión abrupta en la mayoría de las actividades grupales y comunitarias de salud/salud mental que se desarrollaban de forma presencial. Asimismo, algunos circuitos de cuidados institucionales de salud/salud mental se vieron circunstancialmente interrumpidos.

En este contexto, muchas prácticas de salud/salud mental han iniciado rápidamente procesos significativos de transformación, lo que ha permitido la creación y el sostenimiento

de dispositivos vinculares y participativos, como prácticas de cuidados de salud mental, en el contexto de Aspo. La mayoría de estas experiencias se sostuvieron durante los meses posteriores al inicio de la pandemia, de forma ininterrumpida, y siendo muchas veces invisibilizadas.

Las/os autoras/es de este escrito hemos formado parte de algunas de estas prácticas de salud/salud mental basadas en la necesidad del sostenimiento del vínculo en la atención, y el fortalecimiento de redes productoras de cuidados. En un contexto mundial cargado de incertidumbres sobre el presente y el futuro inmediato, se dieron formas inéditas y novedosas de trabajo que irrumpieron en un período en que el vínculo presencial fue significativamente limitado. Desde contextos institucionales muy diversos, entendemos que dichas prácticas han logrado sostener dispositivos de salud mental comunitaria centrados en la perspectiva del cuidado, acentuando su dimensión vincular y afectiva.

A partir de este recorrido nos preguntamos: ¿Cuáles son las características principales de prácticas de salud/salud mental que han logrado sostener una dimensión vincular y participativa en contexto de Aspo?, ¿Cuáles han sido las transformaciones principales que se han dado en dichas prácticas de acuerdo a diferentes contextos institucionales y en diversos territorios comunitarios?, ¿Cómo podemos caracterizar dichas experiencias desde una perspectiva de cuidados e integralidad de las prácticas?, ¿Cuáles han sido las potencialidades, dificultades y obstáculos de las mismas?

A partir de estos interrogantes, el objetivo de este trabajo es describir y analizar prácticas de salud/salud mental centradas en el sostenimiento y fortalecimiento de la dimensión vincular y afectiva en contexto de pandemia por Covid-19. Nos interesa indagar las características y procesos implicados en estas prácticas desde una perspectiva de cuidados. Con ello, nos proponemos dar visibilidad a prácticas de cuidado en salud mental que se han logrado llevar adelante en diferentes

territorios y contextos institucionales del Área Metropolitana de Buenos Aires (Amba).

Material y métodos

El presente estudio se enmarca dentro de la investigación cualitativa en salud². Se trata de una estrategia de enfoque epistemológico cualitativo en términos de la relación sujeto-objeto de conocimiento y teoría-contrastación empírica³. La pertinencia en la utilización de métodos y técnicas cualitativos se justifica por el carácter exploratorio y descriptivo del presente estudio. Esta investigación aborda escenarios reales complejos, poniendo el acento en la flexibilidad de su diseño, lo que se corresponde con la fundamentación de la investigación cualitativa en contextos socio-culturales con alto nivel de complejidad⁴.

Desde una perspectiva etnográfica⁵, nos hemos centrado en recuperar experiencias de salud/salud mental que han logrado sostener sus prácticas y fortalecer la dimensión vincular y comunitaria durante los primeros meses luego del comienzo de la medida de Aspo en el territorio del Amba (que comprende a la Ciudad de Buenos Aires y al Conurbano Bonaerense). Para ello, hemos partido de la reconstrucción de cuatro breves viñetas – relatos vivenciales de nuestra propia experiencia profesional – seleccionados siguiendo un criterio de heterogeneidad en relación a sus contextos institucionales. En ese sentido, nos ha interesado abordar, desde la vivencia, los diferentes procesos y estrategias que tuvieron lugar en escenarios institucionales y comunitarios diversos.

A partir de un análisis temático y de relaciones⁶ en los relatos de las experiencias, hemos realizado la tarea de detección de temas y subtemas, de diferenciación y de vinculación, de asociación y de comparación, inescindible de la reflexión teórica y el contexto conceptual de la investigación. Para la presentación de resultados, el material se ha ordenado en cuatro apartados, cada uno comienza con la

presentación de una viñeta y continúa con el análisis de un núcleo temático de caracterización, su articulación conceptual y discusión, intentando sostener en acto una articulación dinámica entre teoría y práctica.

Conceptualmente, el presente escrito se inscribe en una línea de trabajo que entiende a la salud y a la salud mental desde una perspectiva integral y no normativa⁷. Se reconoce la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad-cuidados⁸, subrayando el enfoque de derechos⁹. Nos referimos al binomio salud/salud mental como una forma de acentuar una perspectiva integral en la que reconocemos a la salud mental como un sub-campo de prácticas, indisociable de la salud general.

Desde una perspectiva de cuidados en salud^{10,11} reconocemos la importancia del vínculo afectivo en la atención, ubicando a la subjetividad como una de las dimensiones del modo de producción en salud¹². Desde esta perspectiva, se impulsan prácticas en salud basadas en lo relacional, donde el acto de cuidar es medio y fin en sí mismo¹³. Para describir y analizar la dimensión de cuidado, nos remitimos a la concepción de salud como un proceso, en el que la enfermedad, la atención y el cuidado son dimensiones que lo conforman¹⁴. Asimismo, planteamos al cuidado como un aspecto necesario en los procesos gestores de salud, en donde se da una relación de reconocimiento mutuo y reciprocidad¹¹. De esa forma, la construcción del cuidado es un intercambio, que sucede en acto, tratándose de un proceso que se desarrolla entre sujetos y que tiene como idea fuerza la creación, la invención y la libertad de quienes lo realizan¹⁵. Los actos de cuidado suelen estar invisibilizados en las prácticas de atención, por ello es que destacamos la posibilidad de vislumbrar algunas acciones que consideramos, dentro de su esfera, como gestos espontáneos del cuidar¹¹. Por otro lado, la idea de cuidado como un acontecimiento prioriza la singularidad de quien lo necesita, pudiendo superar la normativización que algunas instituciones le imprimen¹⁵.

En relación a los resguardos éticos, este escrito forma parte de una investigación que ha sido aprobada y evaluada en sus aspectos éticos por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación (Código del proyecto: PICT-2018-02008), quienes han determinado la no necesidad de una evaluación por un comité de ética específico, ya que el plan de trabajo no comprende estudios farmacológicos, clínicos, quirúrgicos, epidemiológicos o psicológicos. Tampoco comprende el uso de equipamiento médico, historias clínicas o muestras biológicas. Asimismo, y de acuerdo a las características de la investigación, se ha seguido un proceso gradual de obtención del consentimiento informado¹⁶, conservando el anonimato de instituciones y personas a las que se hace referencia.

Producción de cuidados y prácticas no convencionales en una Unidad de Terapia Intensiva

Una joven ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva (en adelante UTI) de un hospital general del conurbano bonaerense debido a la gravedad de su cuadro de Covid-19, encontrándose en condiciones de intubación orotraqueal. Rápidamente, desde los equipos de interconsulta de salud mental y trabajo social, se llama de forma telefónica a la madre y se le pregunta si a la paciente le haría bien escuchar las voces de ellos/as, a lo que responde que sí. A partir de esta propuesta, la familia realiza un audio para transmitirlo mediante un parlante inalámbrico y así ser escuchado en la UTI.

Se vislumbra la posibilidad de que un médico de guardia de la UTI transmita el audio. Él mismo decide pasar varias veces el audio 'ya que iba aumentando su frecuencia cardiaca, siendo una mejoría para su situación crítica'. Es así que el mismo se queda

conmocionado con la intervención, siendo la oportunidad para comenzar a trabajar conjuntamente con el equipo de interconsulta de salud mental y trabajo social, y a transmitir los audios de las familias, seres allegados de las personas internadas en la terapia. Luego de trabajar con el médico intensivista sobre la importancia de sostener lazos sociales a distancia, nos llega una imagen de un festejo de cumpleaños de una señora que se encontraba lúcida en la UTI, esperando mejorar. Carteles de 'feliz cumpleaños', tortas con velas, enfermeras y una hija emocionada, del otro lado del vidrio esperando, una vez más, poder abrazar a su mamá.

Este breve relato se sitúa en la 'burbuja', como es conocida la UTI, la que suele tener características vinculadas al escaso contacto con el exterior: Un gran vidrio que separa la sala con el afuera, y donde se visualizan todas las camas con los/as pacientes, horarios restringidos para que las personas visiten a sus familiares y/o allegados/as, poco personal con acceso a la misma. Esto se vio significativamente agravado desde el comienzo de la pandemia, ya que solo ingresaron a las habitaciones médicos/as, kinesiólogos/as y enfermeros/as. La 'burbuja' se convirtió en lo más biomédico, siendo un desafío pensar modos de vincular el afuera con el adentro rodeado de máquinas conectadas a cuerpos. Ante esta situación, desde los equipos de salud mental y trabajo social, se comenzó a pensar modos en que esas familias y/o allegados/as que no podían concurrir al hospital, y las personas que se encontraban gravemente afectadas pudieran entablar algún tipo de comunicación mediante la voz. ¿Por qué la voz?, la única vía que se encontró en esa situación fue poder transmitir algo del cuidado mediante la tecnología.

A partir de ello, se diseña un protocolo de intervención para situaciones críticas por Covid-19, específicamente en situaciones de últimos días/horas de vida y situaciones excepcionales, desde una perspectiva psicosocial. El mismo tiene como objetivo garantizar los cuidados integrales y derechos de las personas

internadas en estado crítico, final de vida y/o con requerimientos de apoyo. Dicho protocolo fue armado conjuntamente entre los servicios de salud mental y trabajo social.

Entendemos que transitar lo hospitalario conlleva a cuestionar sus lógicas, según Menendez¹⁷, el Modelo Médico Hegemónico (MMH) es definido como un conjunto de saberes, teorías y prácticas producto del desarrollo de la medicina científica tradicional, consideradas la única forma de abordar la enfermedad. Entendemos que la hegemonía de ciertos discursos, narrativas en las instituciones no es exclusiva del modelo biomédico, sin embargo, encontramos sus raíces allí.

La intervención que se desarrolló a partir de los parlantes permitió incorporar otra visión, la dimensión de cuidado en la UTI, siendo la comunicación mediante la voz, la música, un gesto de cuidado. Como plantea Elena de la Aldea¹¹, el cuidado como potencialidad de la vincularidad, permite que emerjan diversas prácticas no convencionales hasta el momento. El poder incorporar materiales recreativos como: sopas de letras, teléfonos celulares, lápices, mandalas e inclusive mensajes para aquellos en estado crítico, inauguró otro modo de pensar las producciones de salud y cuidado¹². Por ello, creemos que es nodal la concepción de cuidado, reconociendo la importancia del vínculo afectivo entre el trabajador/a y el usuario/a¹⁰.

Consideramos que las prácticas activas, colectivas, solidarias que conllevan al encuentro y al cuidado son las que permiten construir y sostener un vínculo humanizado en dicho encuentro¹¹. Asimismo, entendemos que poder tener una perspectiva de cuidado hacia una persona en estado crítico, se relaciona con el concepto de ternura desarrollado por Ulloa¹⁸. Dicho concepto se refiere a tener buen trato y miramiento hacia otros con un interés amoroso, reconociendo al otro como un sujeto ajeno y a la vez distinto a uno mismo. El autor menciona dos condiciones que caracterizan a la ternura: el miramiento y la empatía, siendo esta última asociada a propiciar de forma adecuada: alimento, calor y palabras¹⁹.

En la viñeta que inaugura este apartado entendemos que las palabras transmitidas por los parlantes inalámbricos fueron puente entre las personas y sus familiares, siendo, en muchos casos, modos de contención, afecto y despedida.

Tejiendo estrategias comunitarias desde la participación y la creatividad

A tres meses de haberse iniciado la medida de Aspo y durante una reunión de supervisión comunitaria realizada de forma virtual, un equipo interdisciplinario de salud mental de un centro de salud del Conurbano Sur de la provincia de Buenos Aires se preguntaba de qué forma se podría continuar con una actividad de juegoteca que se había desarrollado desde hacía años en sala de espera, con niños/as del barrio, siendo abruptamente interrumpida en el inicio del período de pandemia. Los/as profesionales expresaron la necesidad de retomar de alguna manera dicha actividad para ‘poder dejar la marca en la comunidad de que algo de la juegoteca continúa presente en este contexto’. Teniendo en cuenta que las familias del barrio presentan dificultades de acceso a la virtualidad, evaluamos que la virtualización de actividades era impracticable. Fue así cómo, teniendo en cuenta el objetivo de sostén de los vínculos con la comunidad y la perspectiva del derecho al juego, pensamos en una estrategia a partir de la circulación de objetos y juguetes: ‘Si las familias no pueden venir a la juegoteca del centro de salud, ¿por qué no hacer que los juguetes vayan a las familias?’. Planificamos entonces un circuito de préstamo de juguetes (con el debido protocolo y sanitización) que incluyó a múltiples familias con las que se pudo retomar contacto. Luego de algunas semanas, en otro encuentro virtual

de supervisión, miembros de este equipo relataron que pudieron poner en marcha lo conversado y que esto fue muy significativo para el acompañamiento integral a las familias que se incorporaron a la propuesta.

Este breve relato pone de relieve dos características centrales de las prácticas comunitarias de salud mental que han logrado sostener estrategias vinculares y participativas en contexto de pandemia: la creatividad y la flexibilidad. De esta forma, el proceso de transformación creativa de un dispositivo grupal y comunitario de juegoteca, permitió la continuidad del vínculo sostenido con múltiples familias del barrio, a pesar de la imposibilidad temporal de realizar encuentros presenciales. En un momento en que la respuesta generalizada en instituciones de salud, ante la dificultad de sostener encuentros presenciales, fue la suspensión temporal o la virtualización, este ejemplo nos muestra la potencia del desarrollo de otro tipo de respuestas, innovadoras y creativas. En este caso, los efectos fueron múltiples: por un lado, la inclusión de un juguete diferente cada semana pudo introducir expectativa y novedad a la dinámica familiar donde los/las niños/as no podían sostener actividades fuera del hogar. Esto fue facilitado por la presencia de un objeto lúdico concreto, que funcionó como sostén simbólico de la promoción del derecho al juego por parte del centro de salud. Asimismo, cada juguete – como objeto colectivo –, al circular de casa en casa, pudo ir enlazando simbólicamente – y continuar lazos previos – a las familias con el centro de salud. Por otro lado, esta estrategia permitió continuar una mirada vincular institucional que se pudo sostener a través de cada elemento lúdico y de los contactos necesarios para hacer llegar y retirar los juguetes. Simbólicamente, ha significado la continuidad y fortalecimiento de un vínculo de cuidado entre esas familias y los/as profesionales que llevan adelante la experiencia.

Estas prácticas desarrolladas en contexto de pandemia nos han permitido visibilizar la importancia de la articulación de estrategias comunitarias de salud/salud mental con los principios de Atención Primaria de Salud (APS), particularmente en lo referente a participación comunitaria^{19,20}. En la experiencia relatada, han sido los vínculos sostenidos desde prácticas participativas previas los que han permitido dar continuidad a las prácticas – incluyendo transformaciones significativas – en contextos de excepcionalidad. En este nuevo contexto, ha sido necesario repensar los espacios y formas de encuentro con la comunidad, y crear nuevas vías apoyadas en las redes comunitarias existentes²¹. Aceptar nuevas demandas, construir en la heterogeneidad y a partir de lo imprevisible han sido algunas de las competencias a desarrollar²². Asimismo, ha resultado sustancial el sostenimiento de instancias de capacitación, supervisión y co-visión, como prácticas de cuidado y acompañamiento para los propios equipos de salud mental. En este sentido, ha sido imprescindible contar con encuentros de reflexión conjunta que dieron la posibilidad de generar un tiempo-espacio para la creación de formas nuevas de intervención.

En este escenario, la creatividad ha ocupado un lugar central, como potencia que ha posibilitado un proceso de creación de nuevas formas²³, sin caer en la repetición o adaptación de prácticas según dispositivos pre-establecidos. Darse la oportunidad de poner en juego la imaginación radical²⁴, como esa capacidad de crear lo nuevo a partir de la potencialidad imaginativa, ha permitido incorporar la fuerza de lo vital a las prácticas institucionales. La creatividad ha brindado, además, recursos para la creación y sostenimiento de vínculos comunitarios y redes interinstitucionales, a través del desarrollo de actividades compartidas. Se ha dado así el juego posible hacia la articulación de lo múltiple y lo diverso en el diseño de nuevas estrategias.

Fortaleciendo redes comunitarias y ampliando territorios

Una Organización de la Sociedad Civil (OSC) de mujeres de un barrio periférico de la Ciudad de Buenos Aires, que trabajan como promotoras territoriales de género, recibió una consulta de una vecina, preocupada por la salud mental de su madre, a quien, a partir de la medida del Aspo, le había resultado difícil volver a su casa en Paraguay. La mujer, único sostén de una familia con dos niñas en edad escolar, trabajaba en un comedor comunitario, era empleada doméstica por horas y la situación convivencial con su madre le resultaba desesperante. En el centro de salud solo atendían consultas por Covid-19 y en el hospital, urgencias. La OSC le ofreció realizar una videoconsulta con una psicóloga de su equipo para conversar con la madre. En la videollamada, la señora relató sus angustias, temores y dificultades en relación a la situación actual. Asimismo, nombró a una psicóloga del centro de salud de Paraguay, una huerta comunitaria y un grupo de mujeres del que participaba. Luego de esa videoconsulta, su familia de Paraguay consiguió el contacto de esta profesional, quien inmediatamente propuso retomar el espacio terapéutico con la señora, de forma virtual. A su vez, la señora consultó con una psiquiatra cuyo contacto fue gestionado por la OSC. Las mujeres de la OSC acompañaron todo el proceso que transitó esta señora y su familia hasta sentirse mejor: le gestionaron la compra de medicamentos, cargas telefónicas, alimentos durante su internación por Covid-19, contuvieron a su hija en todo momento. Cuando finalmente pudo viajar a Paraguay, desde su casa, la señora envió emotivos mensajes de agradecimiento.

Esta viñeta intenta visibilizar que muchas organizaciones sociales y comunitarias ocuparon un lugar protagónico, durante el inicio del Aspo, en el acompañamiento y la atención en salud/salud mental desde una perspectiva de cuidados, a partir de su pertenencia territorial en la comunidad.

Transitar la pandemia en otro país generó diversas manifestaciones de malestar subjetivo, sea por la vivencia del encierro, la lejanía del hogar o/y el desarraigo cultural. Las diferentes acciones realizadas por las promotoras territoriales de género, a modo de acompañamiento de la situación presentada, posibilitaron la inclusión de esta señora en una trama discursiva que pudo alojar algo de ese malestar manifiesto. En ese sentido, hay lazo social en la medida en que haya otros/as disponibles al intercambio y la reciprocidad, con quienes constituir una trama social situada en un territorio, como espacio y tiempo determinados²⁵.

Desde la salud colectiva y la salud mental comunitaria, pensamos los territorios como espacios dinámicos que se construyen y se transforman en las tensiones de los colectivos sociales que los habitan y las dinámicas de poder que los envuelven²⁶. De esta manera, en un mismo lugar, podemos encontrar diversas territorialidades en función del entramado social que lo integra, con intereses, percepciones, valoraciones y actitudes territoriales y de cuidado diferentes, generando relaciones de complementación, de cooperación, de conflicto y de enfrentamiento. La OSC en su condición de organización comunitaria barrial, representa un recurso previamente gestionado y sostenido por un grupo de mujeres que conforman una red comunitaria de cuidados en salud en la propia comunidad. Son las mujeres que habitan su barrio, que utilizan los espacios cotidianamente, aquellas que pueden dar las pistas de las potencialidades escondidas en esas comunidades.

Finalmente, este relato nos permite comprender a la comunidad como una red compleja de relaciones múltiples^{27,28} y principal agente de cuidados en salud y salud mental. En este caso, se ha tratado de una trama de cuidados impulsada por un grupo de mujeres ubicadas en un mismo territorio, cuyo efecto se puede pensar como fortalecimiento de esa red de cuidados comunitaria previamente existente. Se trató de una red comunitaria que

amplió su territorio, una red trans-fronteriza. Las mujeres del barrio, como referentes comunitarios de cuidados en salud, construyeron, una vez más, y a modo de red, un puente de acceso a la salud/salud mental en comunidad.

Prácticas participativas, encuentro lúdico y virtualidad

Debido a la suspensión de todas las actividades presenciales en un centro de día, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al que concurren personas con certificado único de discapacidad, se adaptaron a la modalidad virtual los diferentes talleres diarios. Asimismo, se planteó la idea de poder realizar actividades en fechas específicas, por ejemplo, para el día del amigo/a. Es así que parte del equipo de la institución se abocó a la realización de un bingo musical. El bingo es un juego de azar en el que cada participante tiene un cartón con números, que irán saliendo de un bolillero. En este caso, fueron cambiados por canciones.

Pasados algunos minutos de la hora propuesta, los cuadrados de la plataforma de videollamadas se fueron encendiendo. Allí estaban los/as jóvenes, algunos/as con gorros, otros/as con instrumentos musicales. De costado, algún familiar ayudando en la parte técnica, otros padres y madres, hermanos/as se animaron a participar. De a poco, entre saludos, comentarios y exhibición de los distintos disfraces que habían elegido, se dio comienzo al juego. Ellos/as estaban ahí, del otro lado, dispuestos para jugar, participar, compartir un momento. No se trataba de competir, sino de poder resignificar algo de la mística presencial de un bingo, un juego tradicional. Los cartones habían sido enviados previamente, y las canciones habían sido elegidas por los/as participantes. Así, a medida que iban saliendo los números y sonaban las canciones, se veía a algunos/as participantes bailando, otros/as simplemente marcaban su cartón,

o miraban a sus compañeros/as en algunos de esos cuadraditos de la pantalla. Así, se fue desarrollando el bingo. No faltaron las risas, los comentarios, los bailes, la alegría. Cada cuadradito de la pantalla significaba estar en momento presente, vivo, compartiendo ese espacio de la virtualidad. Cada cuadradito significaba cuerpos en movimiento, familias unidas, personas en contacto e interacción con otras. Cada cuadradito era una escena, era una parte de un gran rompecabezas con la misma premisa: jugar, participar, compartir, estar.

Esta viñeta nos presenta un recorte de lo vivido. Frente a la idea de que este tipo de prácticas se podían realizar únicamente de manera presencial surge, de forma creativa, una adaptación que posibilitó llevar a cabo el bingo. Se puede notar que, gracias a la utilización de objetos tecnológicos mediadores (celulares, *tablets*, computadoras), se hizo posible virtualizar y recrear este juego grupal. En ese contexto, se plantea una actividad lúdica que refuerza la vinculación entre personas, en donde lo significativo ha sido el sostenimiento de lo que Deleuze²⁹ ha llamado pasiones alegres, aquellas propiciadoras del desarrollo de la potencia de cada sujeto, aumentando la capacidad de actuar. Siguiendo a este autor, quien toma las nociones spinozianas, las pasiones alegres se denominan como el efecto sobre uno mismo en el encuentro con otros cuerpos que ‘nos convienen’, es decir, que nos son afines.

De esta manera, se puede notar que frente a un contexto adverso que no brindaba espacios que permitieran un momento de recreación y participación, se dio esta actividad. Se puede notar una afectación por parte de los/as participantes y los/as trabajadores/as, donde se recupera el juego grupal – virtualizado – como promotor de salud. De esta manera, podemos notar cómo este dispositivo favorece la participación, pensada habitualmente de manera presencial. Entendemos a la participación como un concepto fundamental dentro de la perspectiva de salud mental comunitaria, en tanto que implica el compartir y hacer con

otros/as, pudiendo cada participante tener diversos grados de compromiso³⁰. A su vez, la participación se dio en una dinámica de intercambio ya que, si bien la propuesta surgió del equipo de trabajadores/as de la institución, la construcción de esta actividad fue conjunta: las canciones del bingo, de importancia fundamental para el desarrollo de la actividad, fueron elegidas por los/as participantes. De esta manera, se podría vislumbrar una estrategia lúdica y creativa que tiene en cuenta los gustos y preferencias de quienes participan.

En lo referido a lo grupal y su posibilidad de reproducción a través de medios digitales, resulta pertinente señalar que, aun estando cada participante frente a una pantalla, la virtualidad permitió que se sostuviera la grupalidad. Podemos decir que en algunas circunstancias, la virtualización del espacio de encuentro posibilitó modos de estar grupales diferentes a los tradicionales cara a cara.

Así, frente a un contexto complejo, en donde la vida cotidiana se vio completamente trastocada, en donde las pasiones tristes, caracterizadas por la disminución de la potencia en el actuar de cada sujeto²⁸, la amenaza de la contagiosidad y de lo mortífero, fueron telón de fondo de la realidad, se logró brindar un espacio que reconoce el derecho y la necesidad a participar y tener un momento legítimo de juego. Un espacio en donde se contagie alegría, encuentro, y se desarrolle una ética de la ternura y el buen trato¹⁸.

Conclusiones y consideraciones finales

La presentación y análisis de pequeños relatos de prácticas de salud/salud mental desarrolladas en muy diversos escenarios institucionales nos ha permitido extraer algunas de sus características principales. En primer lugar, estas intervenciones incorporan una perspectiva humanizante, vincular y afectiva al modelo de atención, constituyéndose en verdaderas prácticas de cuidados que han

logrado sortear, de forma creativa, múltiples obstáculos en un contexto de significativa excepcionalidad. La dificultad del encuentro presencial y grupal en las instituciones de salud, así como el necesario distanciamiento como medida preventiva, ha forzado a equipos de salud y salud mental a buscar y encontrar otras formas de relación que contengan y resguarden los gestos del cuidar.

Encontramos que la flexibilidad y la creatividad han sido dos características centrales de los procesos de transformación que han llevado adelante estas experiencias, pudiendo incorporar otras estrategias, formas de relación y elementos innovadores que permitieron sostener la dimensión vincular como medida de promoción y producción de salud mental en un contexto de alta complejidad. En estos procesos, ha sido indispensable contar con encuentros interdisciplinarios de capacitación y reflexión como práctica de cuidado hacia los equipos profesionales, lo que posibilitó sostener una revisión constante de estrategias. En equipos donde se ha contado con estos espacios, esta ha sido una gran oportunidad para afianzar la articulación entre saberes y fortalecer las redes de trabajo al interior de las instituciones. En este sentido, la participación de los/as trabajadores/as de salud/salud mental en dispositivos relacionales abre a estos/as profesionales la posibilidad de resignificar sus propias prácticas institucionales, incorporando la dimensión subjetiva y la importancia del vínculo en la atención, necesario en todo acto de cuidado.

Asimismo, la posibilidad del sostén y la redimensión de prácticas participativas y articuladas en red (en contexto de Aspo) ha resultado un hallazgo y una posibilidad en territorios donde existían redes comunitarias e institucionales producto de procesos participativos previos. Esto nos ha permitido visibilizar la necesidad del desarrollo continuo de procesos participativos articulados a los principios de APS integral, con enfoque en salud mental. Finalmente, hemos visibilizado el lugar fundamental que han ocupado las

organizaciones sociales, comunitarias y de la sociedad civil, ya que han sido ellas las que han estado más fuertemente enlazadas a las redes de cuidados comunitarios. Sigue siendo una necesidad y un desafío el articularse, desde las prácticas institucionales de atención, a los procesos organizacionales y comunitarios presentes en cada territorio.

Dentro de las prácticas innovadoras, encontramos que todas las experiencias relacionadas utilizan objetos diversos para sostener el vínculo y la comunicación, allí donde el encuentro presencial no ha sido posible: el uso de parlantes en una UTI, el préstamo de juguetes de una juegoteca a las familias de un barrio, el uso de tecnología de comunicación virtual en un centro de día y en una OSC. Entendemos que se ha tratado de objetos mediadores que han permitido simbolizar en acto la continuidad de un vínculo de cuidados en salud.

Finalmente, desde diferentes territorialidades, este trabajo ha querido dar visibilidad a prácticas vinculares y de cuidados que, en

el contexto de pandemia, han sido imprescindibles para la producción de salud/salud mental. También nos ha resultado significativa la posibilidad de recuperar las pasiones alegres y la institución de la ternura como gesto de cuidado que aloje la subjetividad en el abordaje del padecimiento humano. Sabemos que, en la sociedad de mercado actual, los gestos del cuidado, al tener un valor no mercantilizable, al no poder ser expresados como valores monetarios, quedan invisibilizados. Sin embargo, al decir de Elena de la Aldea¹¹, son estos gestos de cuidado los que se convierten en prácticas ineludibles para la continuidad de la salud y la vida.

Colaboradores

Bang C (0000-0003-1995-0527)*, Lazarte V (0000-0002-2424-5243)*, Chaves FA (0000-0001-9918-9015)* y Casal M (0000-0002-2498-2235)* contribuyeron igualmente a la elaboración del manuscrito. ■

Referencias

1. República Argentina. Decreto n° 297/2020, de 20 de marzo de 2020. Boletín Oficial de la República Argentina.
2. Minayo MCS. El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
3. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis; 2000.
4. Marshall C, Rossman G. Designing Qualitative Research. London: Sage Publications; 1989.
5. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Barcelona: Paidós; 1994.
6. Stake R. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. California: Sage; 1994. p. 516-529.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Czeresnia D, Freitas C. Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
8. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, et al. Social Medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*. 2001 [acceso en 2021 mar 3]; 91(10):1592-1601. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446835/>.
9. Ayres JRCM, Paiva V, França I, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2006 [acceso en 2021 mar 3]; 96(6):1001-1006. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16449593/>.
10. Merhy E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
11. De La Aldea E. Los cuidados en tiempo de descuido. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2019.
12. Franco T, Merhy E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 2011 [acceso en 2021 mar 3]; 7(1):9-20. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2011.v7n1/9-20/es/>.
13. Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Rev. Saúde Coletiva*. 2007 [acceso en 2021 mar 3]; 17(1):43-62. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hSgv4n6yzC76Hsv3rmHVS5y/abstract/?lang=pt>.
14. Stolkiner A, Ardila Gómez S. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / Salud Colectiva latinoamericanas. VERTEX. 2012 [acceso en 2021 mar 3]; (23):52-56. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-autonoma-de-entre-rios/salud-publica-salud-mental/stolkiner-ardila-gomez-conceptualizando-la-salud-mental-en-las-practicas/10567820>.
15. Franco B, Merhy E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
16. American Anthropological Association. Code of ethics of the American Anthropological Association. 2009. [acceso en 2021 mar 3]. Disponible en: <http://s3.amazonaws.com/rdcms-aaa/files/production/public/FileDownloads/pdfs/issues/policy-advocacy/upload/AAA-Ethics-Code-2009.pdf>.
17. Menéndez E. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2003 [acceso en 2021 mar 3]; 8(1):185-207. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>.
18. Ulloa F. Novela clínica psicoanalítica. Buenos Aires: Del Zorzal; 1987.
19. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*. 2014 [acceso en 2021 mar 3]; 13(2):109-120. Disponible en: <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/399>.
20. Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde debate*. 2018 [acceso en 2021 mar 3]; 42(1):315-327. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S6FGYGwFZVfDL4T6sx4shpt/abstract/?lang=es>.
21. Bang C. Salud mental comunitaria en el Primer Nivel de Atención: aprendizajes y desafíos en contexto de pandemia. *Rev Salud mental Comunidad*. 2020; 7(9):16-32.
22. Bang C. Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Rev Colom Cienc Sociales*. 2021 [acceso en 2021 mar 3]; 12(2):778-804. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-1341985>.
23. Mitjans Martínez A. Creatividad y Subjetividad. In: de la Torre S, Violant V, compiladores. *Comprender y evaluar la creatividad: un recurso para mejorar la calidad de la enseñanza*. Málaga: Aljibe; 2006. p. 115-121.

24. Castoriadis C. Figuras de lo pensable. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2005.
25. Carballeda A. El territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Margen: Revista trabajo social cienc soc.* 2015 [acceso en 2021 mar 3]; 76:1-6. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen76/carballeda76.pdf>.
26. Zaldúa G. Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales. Buenos Aires: Teseo; 2016.
27. Bang C, Stolkiner A. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Cienc Docencia Tecnol.* 2013 [acceso en 2021 mar 3]; 46:123-143. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1341985>.
28. Piselli F. Communities, places and social networks. *Am Behavioral Scientist.* 2017 [acceso en 2021 mar 3]; 50(7):867-878. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0002764206298312>.
29. Deleuze G. En medio de Spinoza. Buenos Aires: Cactus; 2008.
30. Montero M. Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós; 2004.

Recibido en 15/04/2021

Aprobado en 12/10/2021

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: se ha contado con el financiamiento de los dos proyectos mencionados: Proyecto PICT 2018-02008 (aprobado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica. Financiado por el Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica - Foncyt), y Proyecto UBACyT 2020: 20020190200040BA (aprobado y financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires)