

DIÁLOGOS: EDUCACIÓN & COMUNIDAD. APORTES PARA LA REFLEXIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS.

Programa APEX – Universidad de la República, Uruguay

Con la publicación ***“Diálogos: Educación & Comunidad. Aportes para la reflexión en tiempos de crisis”*** buscamos abordar desde varios ejes, los diversos modos de pensar y entender la crisis a la que nos enfrenta la pandemia de Covid-19. En este sentido, la convocatoria buscó la diversidad de disciplinas y orígenes nacionales que den cuenta de estas múltiples miradas y experiencias. La temática a la que convocamos a pensar, afecta todas las dimensiones de la vida, y por tanto, diversas miradas enriquecen la publicación.

Es también una apuesta hacia la producción de conocimientos desde y en la integralidad de saberes en el ámbito de la educación formal pero también en lo no formal, y por qué no además en los espacios entre una y otra, ese espacio fértil de producción de contenidos. La publicación pretende motivar la reflexión para poder comprender, analizar y abordar los impactos en la singularidad de cada contexto.

A través de distintas experiencias y procedencias, buscamos articular a partir de múltiples miradas, desde los devenires, diferencias y singularidades que nos permitan pensar críticamente, no sólo, la crisis y la pandemia, sino las prácticas y experiencias educativas, sanitarias y artísticas en un constante vínculo y producción de espacios en los que se habilite el diálogo de saberes y la deconstrucción de hegemonías y fronteras disciplinarias.

La publicación está destinada a estudiantes de grado, graduados-as y comunidad en general interesada en la temática.

ABORDAJES COMUNITARIOS Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Claudia Bang

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
(Argentina).

Resumen.

Desde un modelo comunitario de abordaje de los padecimientos mentales, la situación de pandemia actual nos evidencia la importancia del sostén y fortalecimiento de redes de contención y cuidados comunitarios, como protectores de la salud mental en contextos de fuerte adversidad. A más de 100 días del comienzo de las medidas de distanciamiento social en Argentina, nos proponemos abordar la problemática del padecimiento subjetivo en este contexto y reflexionar sobre las formas posibles de producción de redes de cuidados, lazos solidarios, y promoción de la salud mental en tiempos de pandemia.

A partir del trabajo de acompañamiento y supervisión de prácticas comunitarias de salud mental en el primer nivel de atención, este escrito se propone también visibilizar la importancia del sostenimiento de abordajes comunitarios en contextos de distanciamiento social. Uno de los grandes desafíos actuales ha sido la generación de prácticas integrales que se articulen a los procesos comunitarios presentes en cada territorio. Para ello se han incorporado estrategias de intervención múltiple, cuyas características principales son la creatividad, la escucha y la flexibilidad. Aceptar nuevas demandas y construir en la heterogeneidad y a partir de lo imprevisible han sido algunas de las competencias a desarrollar.

Introducción.

*(...) cada sociedad puede definirse por la epidemia que la amenaza
y por el modo de organizarse frente a ella.*

Paul Preciado

En Argentina, los primeros casos de personas con COVID-19 se diagnosticaron a principios del mes de marzo de 2020, provenientes de Europa, donde se encontraba el epicentro de la enfermedad. Observando lo que estaba sucediendo en algunos países de dicho continente (aumento exponencial de casos y colapso de servicios asistenciales) y de cara a una posible saturación del sistema sanitario, el gobierno argentino decidió decretar tempranamente (en comparación a otros países de la región) la medida de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) en todo el territorio nacional. En el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que comprende a la Ciudad de Buenos Aires y al Conurbano bonaerense, esta medida ha continuado hasta el momento de redacción de este capítulo (primera quincena del mes de julio).

Esta situación ha implicado grandes desafíos para los equipos de salud mental del primer nivel de atención, asumiendo como objetivo central lograr cierta continuidad de trabajo, transformando sus prácticas de acuerdo al contexto de distanciamiento social. En este marco, este escrito se propone compartir algunas reflexiones a partir del trabajo de investigación-acción y acompañamiento técnico de prácticas comunitarias y territoriales de salud mental en la ciudad y la Provincia de Buenos Aires. Asimismo, nos proponemos abordar algunos ejes acerca de la problemática del padecimiento subjetivo en el contexto actual y reflexionar sobre la importancia del sostenimiento de redes de cuidados y lazos solidarios como promotores de salud mental en tiempos de pandemia.

Nuestra línea de trabajo e investigación se enmarca en la defensa de un modelo comunitario de abordaje de los padecimientos mentales y de una necesaria articulación de las prácticas de salud mental con los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS). En Argentina, hacia fines del año 2010 se ha promulgado una Ley Nacional de Salud Mental basada en la perspectiva de derechos y la necesidad de transformar el sistema manicomial de atención hacia un modelo comunitario. En este contexto y a partir de un trabajo sostenido de investigación-acción y desarrollo de diversas experiencias comunitarias y territoriales, se ha aportado a la conceptualización y fortalecimiento de estrategias de prevención y

promoción de salud mental integral, articuladas con prácticas asistenciales y comunitarias de acuerdo a los principios de APS integral (Bang, 2016).

Desde una perspectiva de complejidad, entendemos a la salud y a la salud mental de forma integral y no normativa (Czeresnia y Freitas, 2009), recuperando la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad-cuidados (Waitzkin, Iriart, Estarada y Lamadrir, 2001) y subrayando el enfoque de derechos para su abordaje. A partir de una multirreferencialidad teórica, incorporamos aportes conceptuales provenientes del Movimiento Latinoamericano de Medicina Social/Salud Colectiva (Almeida-Filho, N. y Silva Paim J., 1999; Menéndez, 2009) y de la psicología comunitaria (Montero, 2004), articulados con la perspectiva de APS integral con enfoque en salud mental (Stolkiner y Solitario, 2007).

La pandemia como emergente y analizador.

Sabemos que la pandemia por coronavirus se nos presenta como un fenómeno inédito de alta complejidad (García, 1989) y un analizador que pone en evidencia una serie de procesos preexistentes que hoy es necesario desnaturalizar. Desde la epidemiología crítica (Breilh, 2020) se han mencionado al menos tres de ellos, con incidencia global:

1. Un fuerte y sostenido desfinanciamiento de los sistemas públicos de salud, acompañado de un significativo tránsito de fondos públicos a sectores privados. Asimismo, asistimos a un proceso cada vez más significativo de mercantilización de la salud, que se traduce en la tensión vigente entre salud como mercancía y salud como derecho (Laurel, 2017).

2. Un modelo extractivista de producción que ha impulsado una forma de relación devastadora con los recursos naturales, destruyendo la biodiversidad, tan necesaria en el sostenimiento del equilibrio con nuestro entorno.

3. Un proceso de polarización social, con una concentración creciente de la riqueza en cada vez menos manos, implicando una marcada agudización de la desigualdad social.

Estos procesos se han profundizado significativamente en las últimas décadas, como una olla a presión que el coronavirus parece haber venido a destapar. Esto nos ha permitido comprender, en parte, cómo este fenómeno ha impactado de forma diferencial, golpeando más fuertemente a los barrios más pobres y a la población más vulnerabilizada en sus derechos. Se ha evidenciado, por ejemplo, la dificultad de sostener las medidas de

prevención (distanciamiento físico, lavado de manos, etc.) en contextos de extrema precariedad. Asimismo, el aumento de contagios en las villas de la Ciudad de Buenos Aires y barrios pobres del interior nos muestra que el virus se aloja y se transmite más fácilmente allí donde el Estado ha estado por décadas muy poco presente.

En este contexto, la situación de pandemia no sólo ha evidenciado la importancia de contar con un sistema público de salud fortalecido, sino también con la necesidad de generar políticas y prácticas integrales, articuladas a las necesidades territoriales y comunitarias. En este sentido, el fortalecimiento del primer nivel de atención y de una perspectiva comunitaria son condición necesaria para el desarrollo de estrategias de abordaje en salud y salud mental articuladas con las realidades de cada territorio.

Incertidumbre, distanciamiento y padecimiento subjetivo.

La situación de pandemia actual parece habernos tomado por sorpresa, transformando y limitando abruptamente nuestros itinerarios cotidianos, imposibilitando la continuidad de tareas y proyectos, lo que ha conllevado una fuerte ruptura biográfica vivida colectivamente.

El impacto subjetivo de las medidas de distanciamiento social, el significativo empobrecimiento de gran parte de la población, la agudización de situaciones problemáticas previas, las convivencias conflictivas o violentas, el miedo al contagio, los procesos segregativos y de estigmatización hacia personas que transitan o han transitado la enfermedad son sólo algunas de las dimensiones que han incidido en la producción de padecimiento subjetivo. La incertidumbre como denominador común, la incapacidad de planificar el futuro próximo o de encontrar referencias claras en el presente tiende a agudizar además problemáticas de salud mental preexistentes. En este contexto, el gran desafío de las prácticas comunitarias de salud mental ha estado centrado en llevar adelante acciones que tiendan a la generación, permanencia y fortalecimiento de vínculos y relaciones que posean las características de cuidado y solidaridad (Bang, 2020).

En relación a la medida de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) es de destacar que, si bien se trata de una medida restrictiva de nuestras libertades individuales, la misma está planteada como una forma necesaria de cuidado colectivo. Se trata de acciones de distanciamiento físico a realizar no sólo para el cuidado propio, sino (y fundamentalmente) para

cuidar a los/as otros/as. Desde una perspectiva comunitaria, la participación en acciones colectivas y solidarias es protectora de nuestra salud mental. En este sentido, ser y sentirse parte de un entramado de cuidados colectivos (aun a través del aislamiento físico) puede dar soporte subjetivo para sobrellevar la situación. Visualizar la dimensión solidaria contenida en el distanciamiento nos permite mitigar, de alguna forma, cierta carga de padecimiento contenida en la privación de contactos físicos y en la restricción de la libertad de circulación. De todas formas, en nuestras prácticas de salud y salud mental resulta necesario reconocer y sobre todo acompañar la carga de padecimiento subjetivo que esta situación conlleva, teniendo el cuidado de no patologizar procesos subjetivos esperables en contextos de excepcionalidad.

Quisiera detenerme aquí en una dimensión significativa que se ubica en relación a la afectación de los cuerpos. Este ha sido un tiempo de no visitas, de contacto físico sólo con las personas convivientes (cuando las hay), de comunicaciones virtuales que ponen en juego la voz y los rostros, dejando en general al resto del cuerpo en suspenso, como si fueran cuerpos en pausa. Nuestros cuerpos están siendo hoy poco mirados, poco tocados y socialmente evitados. Nos encontramos cotidianamente con la necesidad de imaginar expresiones y sonrisas posibles debajo de los barbijos. En el espacio público, o al estar con otros/as nos encontramos con la exigencia de vigilancia interna constante: tener el cuerpo en alerta, para que no se aproxime a otros cuerpos. El temor y la culpa se encuentran cargados en nuestros cuerpos: temor a contagiarse, culpa por la posibilidad de contagiar. Se trata del riesgo puesto en el cuerpo propio y en el cuerpo del otro. En este contexto, encontramos particularmente en los cuerpos de los/las trabajadores/as de la salud las marcas de la tensión, el agobio, el ensimismamiento, con la carga adicional que puede significar aquí “poner el cuerpo” y disponerlo subjetivamente para la escucha.

Esto nos remite a reconocer que, en las prácticas asistenciales nos encontramos con una situación inédita: tanto profesionales como población asistida se encuentran atravesando un proceso más o menos angustiante, que ha significado una abrupta ruptura biográfica, restringiendo y transformando significativamente los itinerarios cotidianos. La incertidumbre que parece sostenerse en el tiempo y la dificultad de la planificación del futuro impacta y nos interpelan colectivamente. En este sentido, Alicia Stolkiner afirma que la horizontalización de la relación profesional-usuario ha sido uno de los impactos de esta pandemia en las

prácticas, evidenciando la situación de excepcional vulnerabilidad que nos atraviesa como colectivo social (Stolkiner, 2020).

Entre vínculos y redes comunitarias.

Desde la detección de los primeros casos de COVID-19 en nuestro país, las dinámicas de instituciones de salud se han transformado radicalmente, haciendo foco en la atención de situaciones relacionadas a la pandemia y suspendiendo actividades grupales y comunitarias para poder dar cumplimiento a la medida de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO). En este contexto, en el proceso de acompañamiento (bajo la figura de supervisión comunitaria) a equipos de salud mental del primer nivel de atención del Conurbano Bonaerense han surgido inquietudes, centradas en ¿cómo seguir acompañando a las personas y familias con las que se venía trabajando institucionalmente desde los centros de salud? El comienzo del proceso de reacomodamiento de prácticas y estrategias ha estado cargado de momentos de frustración y de sensaciones de impotencia. Algunos equipos, ante la dificultad de ponerse en contacto con la población de cada barrio se han dado la oportunidad de preguntarse si venían verdaderamente trabajando de forma comunitaria. Ha sido un tiempo de pensar la problemática de padecimiento subjetivo en el contexto actual y reflexionar sobre formas posibles de acompañamiento y generación de accesibilidad en tiempos de distanciamiento social.

El desarrollo de abordajes comunitarios en este contexto ha requerido reconocer la importancia fundamental del sostenimiento de los vínculos y las relaciones sociales en situaciones de adversidad, revalorizando las redes de contención familiar y comunitaria. En este sentido, resulta necesario mencionar algunos procesos preexistentes que han impactado fuertemente en la producción de subjetividad contemporánea, incidiendo en la capacidad colectiva de creación y sostén de redes comunitarias.

La producción de subjetividad propia de esta época tiende a una estandarización global de maneras de pensar, una pérdida de solidaridad y una agudización del narcisismo (García Canclini, 2010). La importancia del vínculo intersubjetivo en la contención del sufrimiento ha dado paso a la ilusión de encontrar en el mercado cada producto exacto para lograr un alivio en extremo rápido y eficaz. El avance de la tecnología ha creado además un circuito de consumo donde no es ni siquiera necesario el vínculo humano directo, abonando un terreno donde pareciera que el otro es

prescindible. Al comienzo del período de aislamiento preventivo, ha sido significativo cómo rápidamente han aumentado las publicidades en medios electrónicos, para muchos/as única forma de conectarse con el medio extra-familiar, invitando a seguir consumiendo desmedidamente aun en situaciones excepcionales, sin salir de los hogares.

La mercantilización de la vida cotidiana (Galende, 2008), la exigencia creciente de productividad bajo condiciones laborales precarias, una sobrevaloración de la comunicación global en detrimento del contacto comunitario (Virno, 2003), la feminización de las prácticas de cuidado en contextos de sobrecarga laboral con una reducción progresiva y significativa de los vínculos cotidianos (Lorente Molina, 2004), son algunas de las dimensiones que han confluído en un proceso sostenido de fragilización de vínculos sociales y pérdida de lazos solidarios. En este sentido, Franco Berardi (2009) afirma que vivimos en tiempos de des-erotización de la relación social ya que, las relaciones interpersonales han sido significativamente reemplazadas por relaciones con objetos de consumo. Daniel Calmels (2020) acordaría diciendo que hay un distanciamiento previo a la pandemia: afirma que hace años hemos sido convocados/as a quedarnos en casa, consumir online y ver el mundo a través de los medios masivos de comunicación. Podríamos preguntarnos si acaso los sectores medios argentinos hemos podido adaptarnos rápidamente a las medidas de distanciamiento, en parte porque ya veníamos distanciados/as.

Afortunadamente, estos procesos han convivido con el desarrollo de prácticas comunitarias y formas de organización cooperativas y solidarias, erigidas en resistencia al individualismo, la lógica hegemónica de consumo y la mercantilización de nuestras vidas. Así es cómo, en muchos territorios, han sido las organizaciones sociales, comedores y organizaciones de base las primeras en poder articularse a recursos del Estado (cuando ello ha sido posible) y dar respuesta, mostrando que son ellas las que se encuentran más fuertemente entramadas a las realidades locales. Las redes comunitarias de cuidado están cumpliendo aquí un rol central, habiéndose activado prontamente en estos contextos de alta complejidad.

Tejiendo estrategias territoriales y participativas.

Una comunidad que logra contar con nutridas redes orientadas al cuidado y la solidaridad se encuentra más preparada para afrontar colectivamente sus dificultades y, en ese sentido, es más saludable. Las

estrategias de intervención en salud mental podrán así tejerse sobre el entramado de red resultante, facilitando que las prácticas institucionales se articulen con los cuidados comunitarios. De esta forma, las acciones realizadas desde las instituciones pueden tener su continuidad y correlato en la red comunitaria y a su vez, los cuidados comunitarios pueden continuarse en las prácticas institucionales, todo lo que va en la vía de posibilitar el desarrollo de estrategias articuladas en complejidad.

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

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

Lejos de entender que la salud es responsabilidad individual, en esta definición la autonomía está relacionada a la posibilidad de constitución de la comunidad como actor social activo en la toma de decisiones, en conjunto con las instituciones.

Se trata de una estrategia vincular que, a través del sostenimiento de espacios de encuentro comunitario y la creación progresiva de vínculos territoriales múltiples, se propone la constitución de redes comunitarias e interinstitucionales, y el sostenimiento de vínculos de cuidado existentes (Bang, 2014). El desarrollo de acciones participativas así como la producción y fortalecimiento de redes de cuidados y lazos comunitarios solidarios, articulados con prácticas asistenciales, se constituyen así en recursos que fortalecen la capacidad colectiva para lidiar con la multiplicidad de los avatares de la vida. Este proceso requiere que los equipos asistenciales se reconozcan como parte de este entramado y desarrollen acciones que promuevan vías fluidas de intercambio y toma de decisión conjunta.

De esta forma, la situación actual ha evidenciado la necesidad de profundizar en abordajes comunitarios en salud mental que puedan trabajar territorialmente, articulados en procesos de participación comunitaria, como uno de los principios rectores de la Atención Primaria de Salud Integral. Resulta necesario entonces repensar los espacios y formas de encuentro con la comunidad, crear nuevas vías apoyadas en las redes comunitarias existentes. Esta tarea parte del reconocimiento de dichas redes y de los actores comunitarios que se encuentran interviniendo en el territorio para articular acciones con ellos/as y, de esta forma, generar vías de accesibilidad.

Una clave ha estado situada en la posibilidad de salir de las instituciones e insertarse en las redes territoriales activas, trabajando con las necesidades y requerimientos de cada comunidad, y reconociendo los recursos comunitarios allí existentes. Para los equipos territoriales que trabajan cotidianamente en red, mucho del terreno ya ha estado allanado. Para tal fin, la incorporación de medios tecnológicos de comunicación (sin perder la humanización del vínculo) y su articulación con encuentros presenciales se ha construido en una posibilidad.

En el proceso de acompañamiento a equipos territoriales de salud mental ha sido claro que el desarrollo de estas estrategias requiere un cambio epistemológico. Las prácticas de salud del primer nivel de atención se encuentran históricamente atravesadas por una lógica binaria, propia del modelo biomédico (Menéndez, 2003) y de la formación profesional académica, cuyo efecto principal es la generación y sostenimiento de dispositivos múltiples y fragmentados, que funcionan como compartimentos estancos y que, a simple vista, parecen inconciliables. Entre ellos se encuentra una división histórica entre dispositivos clínicos y comunitarios, generalmente desarrollados por diferentes equipos profesionales, sin articulación (Bang, Cafferata, Castaño Gómez e Infantino, 2020).

De lo anterior se desprende la necesidad de llevar adelante las diversas prácticas institucionales de forma articulada, para que la intervención resultante se corresponda con la complejidad de las situaciones abordadas. Se trata del desarrollo de estrategias de intervención múltiple, cuyas características principales son la creatividad, la escucha y la flexibilidad. Aceptar nuevas demandas y construir en la heterogeneidad y a partir de lo imprevisible han sido algunas de las competencias a desarrollar.

Algunas de las estrategias que se han podido llevar adelante en este contexto han sido: capacitación a miembros de la comunidad para una primera ayuda psicológica, seguimientos y acompañamientos telefónicos, contactos múltiples a través de referentes comunitarios, presencia física y

articulación de acciones de acompañamiento y escucha durante la realización de ollas populares o distribución de alimentos, entre otras. Muchas de las actividades grupales también han podido recrearse en el escenario de distanciamiento, no sólo a través de encuentros o reuniones virtuales (a las que no todos/as tienen acceso), sino a través de diversas estrategias creativas: juegoteca ambulante, creación colectiva de canciones y de cuentos, reparto de pequeñas historias a las familias y espacios radiales comunitarios, entre otros. Esto ha permitido no sólo acompañar a cada familia en esta situación, sino poder sostener simbólicamente el intercambio y la grupalidad de los espacios colectivos, ofreciendo un soporte para la continuidad de los vínculos construidos a través de dicha grupalidad.

Aquí la creatividad se ha vuelto central como motor de cambio y apertura a nuevas posibilidades. Darnos la oportunidad de poner en juego la imaginación radical (Castoriadis, 2005), como esa capacidad de crear formas nuevas a partir de la potencialidad imaginativa, nos permite inyectar la fuerza de lo nuevo y lo vital a nuestras prácticas institucionales. La creatividad como recurso humano inagotable se desarrolla intersubjetivamente, brindándonos además recursos para la construcción de vínculos comunitarios e interinstitucionales, los que pueden ser entramados a través de la propia actividad (Bang, 2018). En este contexto, donde ya no alcanza con esperar la demanda en el interior de las instituciones, la creatividad se presenta como el interjuego posible de lo múltiple y lo diverso en el diseño de nuevas estrategias.

En el acompañamiento a los equipos asistenciales ha sido necesario también reconocer este tiempo como un tiempo de reacomodamiento, lo que ha logrado disminuir la exigencia de dar todas las respuestas de forma inmediata, pudiendo así darse un tiempo para construir, junto a referentes y organizaciones comunitarias el escenario de lo posible, atravesando momentos de incertidumbres compartidas. Asimismo, esta tarea ha requerido que los equipos de salud y salud mental puedan contar con espacios institucionales de acompañamiento e intercambio, como práctica de cuidado y sostén de condiciones habitables de trabajo.

Un final abierto.

Este recorrido nos ha mostrado la necesidad, en contextos de alta complejidad, del desarrollo de estrategias integrales para el abordaje de problemáticas de salud mental en la comunidad, que trabajen no sólo la

dimensión asistencial del padecimiento individual, sino que incluyan dispositivos comunitarios y participativos. Para ello, es necesario el desarrollo de estrategias de prevención y promoción integral, articuladas con prácticas asistenciales y comunitarias en el primer nivel de atención. Resulta necesaria también la inclusión de una visión compleja y contextualizada acerca de las problemáticas de salud mental, que aloje la perspectiva subjetiva del padecimiento y reconozca su dimensión colectiva.

Este ha sido un tiempo para evidenciar la importancia de un Estado presente, haciendo red y fortaleciendo las redes de cuidado existentes. También es un tiempo para visibilizar la necesidad del desarrollo y fortalecimiento de políticas y prácticas comunitarias que aseguren el acceso a los derechos, entre ellos a una salud integral.

Los efectos que esta pandemia podrá tener sobre lo comunitario son inciertos al momento de la escritura de este capítulo. Podríamos estar en camino hacia un fortalecimiento de los procesos de organización solidaria, revalorizando lo común y lo colectivo, y jerarquizando las redes de cuidado; o en cambio, ir hacia una profundización del individualismo, la indiferencia y el aislamiento social. Seguramente hoy no podríamos dar una respuesta y tal vez pensar en términos de opuestos o binarismos no es aquí una buena opción. Pero sí resulta necesario posicionarnos en la necesidad de fortalecer los procesos comunitarios solidarios como productores de salud mental, en un momento en que el modelo actual ha mostrado sus grandes fisuras. También es una oportunidad para desnaturalizar y visibilizar esos procesos pre-existentes que mencionamos al principio del escrito, cuestionarnos acerca de las formas en que nos relacionamos colectivamente con nuestro medio ambiente y las consecuencias de ello.

Referencias bibliográficas.

- Almeida-Filho, N. y Silva Paim J. (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica, *Cuadernos Médico-Sociales*, 75, 5-30.
- Bang, C. (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.
- Bang, C. (2016). *Creatividad y salud mental comunitaria. Tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Bang, C (2018). Promoción de salud mental y prácticas participativas de arte, creatividad y juego: Un estudio de caso. *Revista Salud Mental y Comunidad* 5(5), 36-54.
- Bang, C (2020) Salud mental en tiempos de pandemia: re-tejiendo redes comunitarias desde la participación y la organización colectiva. *Entramados en el Viento. Revista interdisciplinaria de salud mental comunitaria*. 1(1), 5-8.
- Bang, C; Cafferata, L; Castaño, V; Infantino, A. (2020) Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología (UNLP)*. Sección Online First. DOI: <https://doi.org/10.24215/2422572Xe041>.
- Berardi, F. (20 de febrero de 2019) *El problema es cómo la pantalla se ha apoderado del cerebro*. Disponible en: https://elpais.com/cultura/2019/02/18/actualidad/1550504419_2637111.html
- Breihl, J. (2020) *Critical epidemiology and the peoples' health*. New York: Oxford University Press.
- Calmels, D. (17 de mayo de 2020) *¿Qué nos está diciendo el cuerpo?* En diálogo con Carlos Ulanovsky. Disponible en: https://www.elcohetetaluna.com/que-nos-esta-diciendo-el-cuerpo/?fbclid=IwAR1w9RtHmUqzi_RvG-EXrZYNRxEvhoJunPeURRnx6mZENI53OWBINLp6Dn8
- Castoriadis, C. (2005). *Figuras de lo pensable*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Czeresnia, D. y Freitas, C. (2006). *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones*. Buenos Aires: Lugar.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: