



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Dra. Gala Filippis

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Lucila Mirocznyk

TÍTULO DEL TRABAJO:

Estudio de un taller de arte para niños, niñas y adolescentes como dispositivo de promoción de la salud mental en un ámbito comunitario

SEDE:

Buenos Aires

DIRECTOR/A DE TIF:

Mgtr. Milena Korfn

FECHA DE PRESENTACIÓN:

30/07/2025

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

«Pero hay una manera de contribuir a la protección de la humanidad, y es no resignarse». Ernesto Sábato, La resistencia

Agradecimientos

A la Asociación Civil Tejiendo el Barrio, por abrirme las puertas y por su compromiso.

A todo el equipo del taller de arte, por la calidez y su dedicación.

A la comunidad, por el aprendizaje.

Al equipo directivo de Fundación H. A Barceló,

Al plantel docente, por el conocimiento.

A mis compañeros y compañeras de facultad, por compartir la cotidianidad.

A mi tutora, Milena Korín, por ser mi referente, por el acompañamiento y por ampliar mi horizonte formativo.

A Sol y Cris, por su ayuda.

A Umma y Vaco, que me acompañaron largas noches de estudio.

A mis amigos y amigas, por el sostén, el cariño, las risas, la aceptación y por compartir la vida conmigo.

A mis tíos y a mis primos,

A Silvia y Andrea, que siguieron mi recorrido a la distancia

A mi abuelo, que me enseñó pasiones

A mi abuela, por creer en mí y por sus palabras de aliento, sobre todo antes de los exámenes.

A mi hermano y a mis papás, por la paciencia, la incondicionalidad y el amor.

Este trabajo se basa en la importancia de la comunidad, de la red, de los lazos sociales.

Gracias a todos los que formaron y forman parte de mi red, por sostener y por ser mi motor.

Índice

Índice.....	4
Introducción.....	6
Fundamentación.....	8
Marco normativo respecto de niños, niñas y adolescentes	8
Marco normativo sobre salud:.....	10
Ética y principios:.....	11
Justificación	13
La pobreza como determinante de la salud mental.....	13
Datos demográficos:.....	13
Enfoque.....	14
Datos sobre niños, niñas y adolescentes.....	16
Estado del arte.....	17
Marco teórico.....	18
Salud, salud mental y padecimiento psíquico	18
Modelo de promoción y prevención de la salud	19
Factores de riesgo y protectores	24
Diagnóstico comunitario y planificación	24
Epidemiología.....	25
Modelo de vulnerabilidad.....	25
Inequidad en salud	28
El cuidado y el proyecto de felicidad en el modelo de vulnerabilidad	28
Atención primaria.....	29
Modelo de Salud Mental Comunitaria	29
Psicología comunitaria.....	31
Prácticas comunitarias de promoción de la salud	34
Niñez y adolescencia.....	37
Institución	38
Objetivos	39
Objetivo general:.....	39
Objetivos específicos:	39
Metodología.....	40
Lógica de investigación.....	40
Instrumentos:	41
Rol de investigadora:	42
Población	42

Muestra:.....	43
Unidades de análisis:.....	43
La articulación teórica práctica:	44
Parte I: la Asociación, el contexto y el dispositivo.....	44
Historia del barrio	44
Proceso de urbanización	44
Historia de Tejiendo el Barrio	46
Conformación de Tejiendo el Barrio	48
“El método Tejiendo”	48
El taller de arte	51
Necesidades actuales: diagnóstico.....	52
Desafíos de la asociación:.....	52
Parte II: El taller de arte como dispositivo de promoción	53
Las tres dimensiones en el modelo de la vulnerabilidad	55
El taller de arte como práctica participativa.....	55
La identidad como elemento en la conformación de comunidad.....	56
Impacto comunitario	59
Perspectiva de derechos	60
Cuidado.....	61
Parte III: Abordaje de los factores de riesgo de la salud.....	63
La pobreza como determinante de la salud e inequidad en atención.....	63
La exclusión social: derecho a la ciudad y el proyecto de felicidad	65
Desventaja educativa: apoyo escolar	66
Parte IV: La interdisciplina y la intersectorialidad como principios que rigen la promoción de la salud.....	66
Interdisciplina	66
Intersectorialidad.	68
Conclusiones.....	72
Bibliografía	74
Anexo	80
Entrevista a R1:	80
Entrevista 2:.....	100
Encuentros: notas de campo	113

Introducción

La práctica que se analiza en este trabajo se encuentra enmarcada en una actividad de formación pre profesional supervisada, ofrecida por la Fundación Barceló. Tanto la participación como el rol desempeñado, se encuentran definidos en el marco de un acuerdo institucional entre la universidad y la Asociación Civil Tejiendo El Barrio.

La práctica consistió en la observación, participación y realización de entrevistas en un taller de arte brindado por la Asociación Civil Tejiendo El Barrio, en el barrio Playón de Chacarita, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Con este fin, se asistió entre abril y junio de 2025 al taller de arte, que tiene una duración de dos horas y una frecuencia semanal.

La asociación civil estableció como diagnóstico principal, a partir de un método propio que combina investigación, inmersión profunda y abordaje colaborativo, la fragmentación del tejido social. En consonancia con ello, su propuesta es la de formar comunidades, a partir de catalizadores identificados. En la comunidad de Playón, para responder a las necesidades detectadas, desarrollan dos talleres: apoyo escolar y arte. Asimismo, han realizado obras edilicias.

La relevancia de este trabajo radica en que, al identificar los determinantes de la salud, es posible abordarlos y desarrollar estrategias de promoción y prevención en niños, niñas y adolescentes. Este enfoque resulta fundamental ya que la infancia y la adolescencia constituyen períodos de profundas transformaciones, en los cuales se sientan las bases del desarrollo.

En este sentido, la adopción de la atención primaria y comunitaria en salud son las estrategias con mayor evidencia para promover la equidad en salud, debido al alcance poblacional que permite la detección temprana y el tratamiento. En este marco, se conceptualiza al taller de arte como un dispositivo de promoción de la salud que busca mejorar la calidad de vida, fomentar la participación y el fortalecimiento comunitario, contemplando los determinantes sociales de la salud que generan inequidades y promoviendo los factores protectores de salud.

La fundamentación se basa en el marco normativo internacional y nacional en materia de salud y derechos de los niños, niñas y adolescentes, y en el estado del arte construido a partir de trabajos previos sobre la temática.

El análisis del dispositivo se basa en una serie de marcos teóricos que están intrínsecamente vinculados entre sí. Entre ellos, se destacan el modelo de salud mental comunitaria, el modelo de vulnerabilidad y las estrategias de promoción y prevención de la salud. Asimismo, se incluyen desarrollos sobre el rol del arte en la salud mental y la psicología comunitaria. También se abordarán las nociones principales desarrolladas por los distintos enfoques teóricos: los factores protectores, factores de riesgo, salud, intersectorialidad, interdisciplinariedad, enfoque de derechos y vulnerabilidad.

El presente trabajo integrador se inscribe en una metodología cualitativa, en tanto busca comprender la aplicación de los principios de la salud mental comunitaria en la práctica que se desarrolla en un taller de arte, entendido como un dispositivo que fomenta la participación y los lazos comunitarios. El trabajo se basó en un diseño metodológico exploratorio-descriptivo, de corte transversal. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y observación participante, con registros elaborados en notas de campo.

Se nombrará a la Asociación Civil Tejiendo el Barrio como “asociación” y en el anexo con las siglas TEB.

Fundamentación

El presente trabajo se desarrolla en una asociación que brinda dos talleres destinados a niños, niñas y adolescentes, por lo que se fundamenta en la normativa vigente integrada por la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención de Personas con Discapacidad, la Declaración Universal de Derechos humanos y la Ley Nacional de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (N.º 26.061). Este conjunto de leyes, declaraciones y convenciones reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, a quienes se les debe garantizar el acceso a la salud integral.

Asimismo, se encuentra el marco normativo relacionado a salud, integrado por la Declaración de Alma Ata (1978), la Carta de Ottawa (1986), la Declaración de Yakarta (1997) y la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657(2010) Por último, se incluyen principios del código de ética que regula el quehacer profesional de los psicólogos en Argentina.

Marco normativo respecto de niños, niñas y adolescentes

En 1994, a partir de la reforma en su constitución, la República Argentina incorporó con carácter constitucional la Declaración Universal de Derechos Humanos y a la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada en 1990. En la Declaración Universal sobre Derechos Humanos el artículo 25 reconoce el derecho a la salud como derecho humano. (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948)

La Convención de los Derechos del Niño establece los derechos inherentes e inalienables que corresponden a los niños, definidos como “todo ser humano menor de dieciocho años de edad”(Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, art.1, p.10), reconociéndolos como sujetos de derecho y destacando: "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento"(Convención sobre los Derechos del Niño, 1989). También “establece algunos principios rectores (autonomía progresiva, participación directa, interés superior del niño e igualdad y no discriminación)” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina, 2019, p.15).

En cuanto a la salud, el artículo 24 reconoce “el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud” (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, p.19) y enfatiza el rol de la atención primaria. El Estado debe adoptar políticas para que se garantice “el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social” (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, p.21).

Por último, establece el derecho del niño a la vida, la educación, al descanso, ocio, al juego, a la recreación acorde a su edad, a participar libremente en la vida cultural y en las artes. (Artículos 6, 28 y 31 en Convención sobre los Derechos del Niño, 1989).

En segundo lugar, en 2005, se promulgó la Ley N.º 26.061, que exige la adopción obligatoria de los derechos y principios planteados en Convención de los Derechos del Niño, y establece cuáles son los derechos de las niñas, niños y adolescentes en territorio argentino, así como su mecanismo de protección e intervención en caso de que fueran vulnerados sus derechos. Reconoce como principio el interés superior del niño y define al niño, niña o adolescente como sujeto de derecho, incorpora la autonomía progresiva en materia de salud y establece el “derecho a la atención integral de su salud, a recibir asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud” (Ley N.º 26.061, 2005, art 14)

En el artículo 6, se le asigna a la comunidad un rol activo y participativo en el cumplimiento y vigencia de estos derechos (Ley N.º 26.061, 2005, art. 6). El artículo octavo propone “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida, a su disfrute, protección y a la obtención de una buena calidad de vida”(Ley N.º 26.061, 2005, art. 8) Entre los derechos fundamentales se encuentran: el derecho a la dignidad e integridad personal, a la identidad, al medio ambiente, a la libertad, a opinar y ser oído, a ser tratado bajo el principio de igualdad y no discriminación, a la salud, al deporte, al juego recreativo, a asociarse libremente y a la seguridad social.

Por último, en el artículo 30 establece la obligatoriedad de todos los miembros de establecimientos educativos y sanitarios, públicos o privados, o funcionarios

públicos de comunicar al servicio local de protección de derechos si tuvieran conocimiento de una vulneración de derechos hacia niños, niñas y adolescentes. (Ley N.º 26.061, 2005, art. 30).

En tercer lugar, se halla con carácter constitucional la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” que establece que los niños y niñas con discapacidad “deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006).

Marco normativo sobre salud:

En relación al lineamiento jurídico en salud, la Conferencia de Alma Ata (1978), la Carta de Ottawa (1986) y la Declaración de Yakarta (1997) definieron a la salud como un derecho humano fundamental y plantearon un modelo de promoción de la salud basado en principios como la participación comunitaria, la atención primaria de la salud, la interdisciplina y la intersectorialidad ya que “el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados(..) (Carta de Ottawa, 1986). En este modelo, se destaca la importancia de políticas públicas saludables, que apunten a la creación de ambientes favorables, la reorientación de servicios y el desarrollo personal, a partir de la noción de los determinantes sociales de la salud. Asimismo, se define a la salud como “una fuente de riqueza de la vida cotidiana, se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas” (Carta de Ottawa, 1986). La Carta de Ottawa establece como prerrequisitos para la salud la alimentación, justicia social y equidad, entre otros.

En 2010, se sanciona en Argentina la “Ley Nacional de Salud Mental” adoptando los lineamientos internacionales de la Declaración de Caracas para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud (1990) y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (2005), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS),

en los que se propone que los estados adopten como modelo la atención primaria de la salud, reasignando los recursos de los hospitales a dispositivos comunitarios y formando profesionales en esta rama.

La ley plantea un abordaje comunitario, con un enfoque de atención primaria de la salud (artículo 9), establece como principios la interdisciplinariedad e intersectorialidad y propone el desarrollo de estrategias de promoción y prevención en salud mental (artículo 11).

Esta ley define a la salud mental como

Un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley N°26.657, 2010)

Por lo tanto, la salud mental en Argentina se enmarca en un paradigma comunitario y de derechos, sensible al contexto en el que se producen los fenómenos de salud- enfermedad- atención.

Ética y principios:

Por último, el código de la Federación de Psicólogos de la República Argentina establece en su preámbulo que los psicólogos:

Propician para el ser humano y para la sociedad la vigencia plena de los Derechos Humanos, la defensa del sistema democrático, la búsqueda permanente de la libertad, la justicia social y la dignidad, como valores fundamentales que se traduzcan en un hombre y una sociedad protagonista, crítica y solidaria (FePRA, 1999, p.3).

Por lo tanto, el psicólogo debe tener un miramiento por el contexto y sociedad que lo rodea, asumiendo un rol político y activo en la defensa de los derechos humanos y la democracia. Se establece que el bienestar psicológico integra un derecho humano y es una responsabilidad del psicólogo trabajar para que todos puedan acceder a él con la mejor calidad posible (FePRA, 1999, p3.).

El código establece seis principios, entre ellos el de “responsabilidad social”: “Los psicólogos se comprometen a asumir sus responsabilidades, profesional y científica, hacia la comunidad y la sociedad en la que trabajan y viven”. (FePRA, 1999, p.5) Este documento propone el rol del psicólogo como un agente de cambio social que puede contribuir al bienestar individual y comunitario a partir del conocimiento, la investigación y el quehacer profesional.

Por otra parte, el código regula la investigación como práctica profesional del psicólogo estableciendo obligaciones para el investigador, como el cumplimiento de normas éticas y leyes, y derechos para el sujeto de investigación, que denota la construcción con la que se trabaja: un ser activo, participativo, que puede decidir sobre su participación en la investigación y que debe tener conocimiento, en la medida que no sea perjudicial a la investigación, de las razones de la misma.

Justificación

A continuación, se presentarán los datos demográficos y epidemiológicos, junto con el análisis de la relevancia del presente trabajo, en tanto la evidencia respalda el rol que ocupan los determinantes sociales de la salud y la necesidad de su abordaje mediante las estrategias de promoción y prevención de la salud.

La pobreza como determinante de la salud mental

Es fundamental comprender el contexto económico, social y político de Argentina para fundamentar la relevancia de una perspectiva de promoción de la salud que contemple los determinantes sociales.

En cuanto a la salud mental, las condiciones de vida ocupan un rol determinante: “La pobreza está inextricablemente ligada a la mayoría de los determinantes sociales de la salud mental y podría considerarse una causa fundamental”. (Kirkbride et al, 2024, p.77).

Datos demográficos:

Argentina es un país que se encuentra atravesado por la pobreza y desigualdad. Según datos de INDEC (2025) del segundo semestre de 2024, el porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza fue del 28,1%. En esos hogares reside el 38,1% de la población. En cuanto a la indigencia, alcanza el 8,2% de las personas. Más de once millones de personas no pueden satisfacer todas sus necesidades. La cifra de pobreza asciende al 51,9% entre los niños y adolescentes de 0 a 14 años.

El presente Trabajo Integrador Final se realizó en un barrio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Según datos del Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (IDECBA, 2025), en el último trimestre de 2024 la pobreza afectaba al 19,3% de los hogares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y al 24,2% de las personas, mientras que la indigencia al 4,5% de hogares y al 6,5% de las personas. En los hogares donde viven niños, niñas y adolescentes menores de 14 años, la pobreza asciende al 31,9%. Por otra parte, quienes acceden a la canasta básica pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad (10,4% de hogares, 12% de la población) o fragilidad (9,7% de hogares, 9,3% de personas). Los hogares vulnerables y bajo la línea de pobreza

representan el 29,7% de los hogares y el 36,2% de la población. (Dirección General de Estadística y Censos [GCBA], 2025).

Enfoque

El presente trabajo final adopta una perspectiva comunitaria y de derechos humanos, ligada a los modelos de vulnerabilidad y promoción de la salud, al considerar que la vulneración de derechos y los determinantes sociales de la salud son fundamentales para comprender el proceso salud- enfermedad- atención- cuidado.

Desde el ámbito comunitario y en el marco de la atención primaria de la salud, las estrategias de promoción y prevención permiten un mayor alcance poblacional y la detección temprana, reduciendo la inequidad.

Este trabajo se basa en datos epidemiológicos y demográficos que demuestran:

- Un aumento en los padecimientos mentales: “el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe y presentan una tendencia en aumento.” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.8);
- Una brecha en la atención:
 - La media ponderada de la brecha de tratamiento para los trastornos de salud mental moderados a graves en la Región es de 65,7%. Los determinantes sociales como el racismo sistémico, la pobreza, la violencia, la falta de acceso a la educación y la desigualdad de género, así como el estigma y la discriminación en torno a los problemas de salud mental, son barreras para el acceso a una atención de salud mental de calidad. (OMS & OPS, 2023, p. 3)
- La existencia de un número reducido de servicios especializados en niños, niñas y adolescentes (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, p.10) que presentan una larga lista de espera.

Asimismo, los profesionales trabajan en otros sectores que no son el sanitario. En este rango etario también se manifiesta una brecha: por un lado, se presenta el sobrediagnóstico, relacionado con la medicalización, y, por el otro, el subdiagnóstico “en el que situaciones de riesgo pasan inadvertidas” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019, p.17)

- Una sobrecarga del sistema, especialmente en hospitales de tercer nivel debido a que:

Los enfoques de prevención en psiquiatría se priorizan de manera desigual, y la mayoría de los recursos disponibles se dedican al tratamiento secundario (y terciario) de los trastornos mentales existentes (y sus consecuencias), en lugar de prevenir la aparición de nuevos trastornos (Kirkbride et al., 2024, p.70).

En cuanto al reordenamiento de recursos y servicios propuestos en el modelo de promoción, Kirbride et al (2024) destacan la necesidad de la inversión en prevención primaria, sosteniendo que “detener la aparición de trastornos mentales previene el sufrimiento, mejora la calidad de vida y los resultados sociales, y reduce la demanda de prevención secundaria y terciaria”. (Kirkbride et al., 2024, p.80). La prevención primaria se torna fundamental ya que el padecimiento mental evidencia una tendencia creciente (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.8), constituye una carga para el sistema de salud y genera un “importante sufrimiento subjetivo y producen consecuencias en la trama económica y productiva de las personas y comunidades, con efectos invalidantes en la esfera vincular y social, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura”(Organización Panamericana de la Salud, 2014; World Health Organization, 2017 como se citó en Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.8).

Por otra parte, la pobreza es un factor de riesgo para el padecimiento mental y, simultáneamente, el desarrollo de un trastorno incrementa las dificultades en el

mercado laboral, lo que puede perpetuar la pobreza. A su vez, la pobreza limita el acceso al tratamiento, lo que produce una brecha en la atención, mencionada anteriormente. Por último, “las problemáticas de salud mental se vinculan con situaciones de exclusión, estigmatización y discriminación que agravan y profundizan la situación de padecimiento” (OPS/OMS, 2014 como se citó en Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018b, p.4).

Datos sobre niños, niñas y adolescentes

La pobreza constituye un factor de riesgo para la salud mental, ya que las personas pueden estar expuestas a estrés crónico, a la inaccesibilidad a servicios de salud y necesidades básicas, e incluso al abandono escolar (Kirkbride et al., 2024).

Kirkbride et al (2024) aportan datos que sustentan la necesidad de actuar preventivamente durante la niñez y adolescencia:

- a) El 50 % de todos los trastornos de salud mental comienzan a los 18 o 19 años;
- b) muchos de los antecedentes de los trastornos mentales comienzan en etapas tempranas de la vida;
- c) prevenir la aparición temprana de estos problemas brinda la mejor oportunidad para interrumpir la transmisión intergeneracional de las relaciones cíclicas entre los determinantes sociales y los problemas de salud mental;
- d) la incidencia y la prevalencia de los problemas y trastornos de salud mental entre niños y jóvenes está aumentando(..) (Kirkbride et al., 2024, p.70).

Franziska Reiss en *Desigualdades socioeconómicas y problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes: una revisión sistemática* establece la asociación entre el estatus socioeconómico bajo sostenido en el tiempo con un mayor riesgo de problemas de salud mental: los niños provenientes de familias con bajo estatus socioeconómico presentan de dos a tres veces más

probabilidades de tener un padecimiento mental que aquellos que tienen mayores recursos. Este impacto es más fuerte en niños que en adolescentes (Reiss, F. 2013). A su vez, los factores de riesgo se encuentran distribuidos de manera desigual debido a la inequidad en salud. (Allen, Balfour, Bell, & Marmot, 2014). De este modo, resulta fundamental promover un enfoque de promoción y prevención de la salud que contemple los determinantes sociales durante la niñez y la adolescencia, etapa en la que se produce una alta vulnerabilidad psicosocial.

Estado del arte

El presente trabajo se encuentra fundamentado en desarrollos previos en el ámbito comunitario de Argentina realizados por Claudia Bang, como *Arte y juego en prácticas comunitarias de promoción de salud mental: Cuando la creatividad da respuestas*(2012), *La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad*(2010), *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*(2014) y *Promoción de salud mental y prácticas participativas de arte, creatividad y juego: Un estudio de caso*(2018)

Sin embargo, también responde a la necesidad de generar conocimiento en el área comunitaria y sobre las estrategias de promoción y prevención de la salud, debido a que la investigación respecto “la importancia de los factores psicosociales en la causa del trastorno mental ha seguido siendo un foco periférico para el descubrimiento científico y la psiquiatría clínica” (Kirkbride et al., 2024, p.58)

Marco teórico

Salud, salud mental y padecimiento psíquico

La salud es definida por la OMS como “un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o padecimiento” (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2001, como se citó en OMS, 2004, p.18). En esta definición, se amplía la noción de salud y será considerada un recurso que permite vivir a las personas su vida diaria y desarrollarse en lo individual, social y productivo. (Carta de Ottawa, 1986)

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 define a la salud mental como:

Un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

La salud mental también “implica la promoción de la salud, la prevención y la atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria, y el abordaje de los determinantes sociales de la salud” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.8).

Por lo tanto, la salud mental en Argentina se enmarca en un paradigma comunitario y de derechos, sensible al contexto en el que se producen los fenómenos de salud- enfermedad- atención. Este modelo permite promover una mejor calidad de vida, al considerar otros determinantes:

Toda persona en situación de desigualdad halla comprometida su salud/salud mental, en tanto la vulneración de los derechos humanos es un poderoso determinante en la aparición de padecimientos mentales, mientras que su garantía contribuye a la preservación de la salud de las personas. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.12)

Por otra parte, se introduce la noción de padecimiento psíquico, a partir de una crítica de la aplicación del modelo biomédico al campo de la salud mental. En “La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología” Ana Cecilia

Augsburger plantea que considerar a la enfermedad únicamente como un fenómeno natural y biológico impide reconocer los factores contextuales, económicos, sociales e históricos que influyen en el modo de vivir y padecer. En consecuencia, la autora propone la creación de una epidemiología con criterios propios y la utilización del concepto de “sufrimiento psíquico”. Esta propuesta establece como el objeto propio del campo de la salud mental al malestar no patológico, que causa sufrimiento, diferenciándolo de la enfermedad - aunque puede precederla, acompañarla o derivar en ella. Esta definición permite la contextualización (Augsburger, 2004, p.75), incorpora lo subjetivo y evita la medicalización, fenómeno que “se da cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos” (Untoiglich, Fórum Infancias, como se citó en Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019, p. 39)

Modelo de promoción y prevención de la salud

En este marco, se desarrollan el modelo de promoción de la salud, con estrategias de promoción y prevención, que abordan a la salud de manera integral y a los determinantes sociales de la salud, definidos como:

Las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; siendo que estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales y políticas que operan en diversos niveles: global, nacional, regional, local (OMS, 2009 como se citó en de Lellis, 2015, p.33).

Ejemplos de los determinantes sociales de la salud son los ingresos, el acceso a educación, a la vivienda, a los servicios de salud y entornos físicos. Todos estos factores, que hacen a las condiciones de vida, impactan en la salud y son aquellos que generan inequidad en la misma, definida como “las diferencias sistemáticas en el estado de salud que pueden evitarse mediante la aplicación de medidas razonables”. (OMS, 2008).

Las estrategias de promoción de la salud y las de prevención tienen como objetivo que la persona alcance el máximo nivel de bienestar. Las primeras:

Implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental (Hosman & Jané-Llopis 1999, como se citó en OMS, 2004, p.18).

La promoción de la salud tiene su origen en el Informe Lalonde de 1974. En este documento se establece que la salud está compuesta por la biología, los estilos de vida, el sistema de salud y el ambiente. Asimismo, en la Carta de Ottawa (1986) y en consonancia con los tratados y declaraciones de derechos humanos, se establece que la salud es un derecho humano y que tiene como prerequisites la paz, el acceso a alimentos, vivienda, recursos sostenibles y un ecosistema estable. A partir de esta perspectiva, la salud no se circunscribe al sector sanitario e incluye la transformación de los determinantes sociales de la salud mediante el proceso de empoderamiento y fortalecimiento comunitario, con el objetivo de erradicar la inequidad sanitaria. Por lo tanto, las acciones orientadas a la salud deberán contemplar dichos determinantes, del mismo modo que todas las intervenciones sobre ellos impactarán en la salud.

El vínculo de la promoción de la salud con lo político, económico, social y ambiental es fundamental dado que se han hecho lecturas individualistas y se le ha quitado la responsabilidad al Estado en su rol de garante de derechos.

Paiva, Ayres, Capriati, Amuchástegui y Pecheny desarrollan en *Prevención, promoción y cuidado: Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos* tres modelos teóricos. El primero corresponde al desarrollo de la prevención en sus tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. El segundo surge a partir de la incorporación de la promoción de la salud que tiene como objetivo el mejoramiento de la salud de la población, al que denominan la “Nueva Era de Promoción de la Salud” (con sus siglas: NPS). El tercero es el modelo de

vulnerabilidad, que incorpora el enfoque de derechos humanos y articula tres dimensiones inseparables de análisis: individual, social y programática. (Paiva, V. et al, 2018, p.27).

El modelo de la Nueva Era de Promoción de la Salud se sustenta en las conferencias, cartas y declaraciones realizadas por organismos internacionales, entre ellas: la Declaración de Alma Ata (1978), la Carta de Ottawa (1986), y las conferencias de Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), México (2000) y Bangkok (2005). En este desarrollo, los autores proponen:

Es posible sistematizar el resultado de esas conferencias en siete principios guía de las políticas a ser desarrolladas por los países firmantes (Sicoli y Nascimento, 2007, en Paiva et al, 2018, p.41):

- 1) Concepción de salud integral. La salud se entiende como bienestar físico, mental, social y espiritual. No se refiere a grupos de riesgo, sino a la población como un todo. Tampoco se refiere sólo a cuestiones médicas, sino a las necesidades relativas al bienestar cotidiano de esas poblaciones.
- 2) Intersectorialidad. Para responder a las necesidades de salud en su concepción integral es necesaria la articulación de diferentes sectores de la actividad social: acciones de legislación, tributación y control fiscal, educación, vivienda, servicio social, cuidados primarios en salud, trabajo, alimentación, tiempo libre, agricultura, transporte, planeamiento urbano, etc.
- 3) Empoderamiento. Se trata de la idea de que es preciso que los individuos tengan poder para transformar las diversas situaciones sociales que restringen o amenazan su salud, lo que remite a cuestiones como derechos de ciudadanía, apoyo jurídico, autoestima, apoyo social, etc.

- 4) Participación social. En articulación con el empoderamiento, se espera que la definición de prioridades para la promoción de la salud y de los medios más adecuados para alcanzarlas sea fruto de discusiones y acciones construidas colectivamente. Esto requiere de la producción y circulación democrática de las informaciones, así como el desarrollo de canales accesibles para la participación política.
- 5) Equidad. Los objetivos y métodos para la buena salud no son universales, sino que exigen políticas basadas en el reconocimiento de las desigualdades a fin de alcanzar una distribución justa de los recursos para salud.
- 6) Acciones multiestratégicas. Se asume que saberes y acciones de naturaleza diversa deben contribuir para intervenir en los procesos de salud-enfermedad. Para la NPS, el elenco de disciplinas a incluir y el papel de cada una de ellas no están dados a priori, sino que dependen de los procesos políticos mediante los que se busca construir, equitativamente, respuestas a las necesidades de salud.
- 7) Sustentabilidad. Por un lado, se refiere a la necesidad de que las políticas de promoción de salud estén sinérgicamente articuladas con el principio de desarrollo económico sustentable, esto es, un desarrollo productivo que no consuma de modo predatorio los recursos naturales y socioculturales de las poblaciones. Por otro lado, apunta al esfuerzo de captación duradera de recursos materiales y a la construcción de legitimidad y gobernabilidad de esas propuestas, garantizando su continuidad y efectividad. (Paiva et al, 2018, p.41 y 42)

La Carta de Ottawa (1986), a partir de la creación de políticas públicas saludables, de entornos saludables, la reorientación de servicios de salud, el desarrollo de acción comunitaria y de habilidades personales establece tres estrategias clave para la promoción:

La abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad. (OMS, 1998, p.11)

Por otra parte, las estrategias de prevención tienen como objetivo:

Reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad. (Mrazek & Haggerty, 1994 citado en OMS, 2004, p.18)

Asimismo, las estrategias de prevención se distinguen en:

- Primaria, secundaria y terciaria, según su objetivo.
- Universal, selectiva e indicada según la población a la que esté dirigida. (OMS, 2004).

En cuanto a la prevención primaria, es definida como:

Las acciones adoptadas sobre ciertos grupos poblacionales con la finalidad de suprimir los factores de riesgo y/o brindar medidas de protección específicas ante patologías reconocidas. La meta de los programas de prevención primaria consiste en llegar a la mayor cantidad posible de grupos de población vulnerable que están en riesgo de sufrir

un daño determinado (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.36.)

Mientras que la promoción tiene como objetivo mejorar el estado de salud, la prevención busca reducir la posibilidad de enfermedad o sus efectos.

Factores de riesgo y protectores

Los factores de riesgo y protección pueden ser biológicos, psicológicos o sociales, y atañen a distintas etapas vitales. El objetivo de la promoción está relacionado con los protectores y la prevención con disminuir los de riesgo, a partir de programas destinados a población específica o general. Según la OMS:

Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. Han sido definidos como aquellos factores que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una consecuencia de inadaptación (Rutter, 1985 como se cita en OMS, 2004, p.22).

Diagnóstico comunitario y planificación

El diagnóstico comunitario es una “herramienta de producción de conocimiento que permite una planificación situada de las acciones posibles” (Lodieu, Longo, Nabergoi & Sopransi, 2012, p.1). A partir de un diagnóstico, es posible realizar una planificación participativa, caracterizada debido a que “reconoce al otro como un semejante, cuyo saber es complementario, lo cual permite realizar un trabajo cooperativo entre equipo técnico y comunidad para la identificación de problemas, la formulación de prioridades, el establecimiento de actividades y la evaluación” (de Lellis. Interlandi & Martino, 2015. p.233).

Epidemiología

En el marco de una investigación en salud, es esencial contar con datos que permitan cuantificar y evaluar el trabajo realizado. En este trabajo, se realizaron indagaciones sobre datos obtenidos, planificación y censos. Por esa razón, cobra una relevancia fundamental la epidemiología, definida como:

Ciencia que estudia el proceso salud-enfermedad en la sociedad, analizando la distribución poblacional y los factores determinantes del riesgo de enfermedades, lesiones y eventos asociados a la salud, proponiendo medidas específicas de prevención, control o erradicación de enfermedades, daños problemas de salud y de protección, promoción o recuperación de la salud individual y colectiva, produciendo información y conocimiento para apoyar la toma de decisiones en la planificación , administración y evaluación de sistemas, programas ,servicios y acciones de salud. (De Almeida Filho & Rouquayrol, 2015, p.16)

Modelo de vulnerabilidad

Paiva, Ayres, Capriati, Amuchasteghi & Pecheny (2018) desarrollan el modelo de vulnerabilidad en *Prevención, promoción y cuidado: Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*, a partir de los desafíos en la articulación interdisciplinaria e intersectorial, la participación de la comunidad y el foco individualizado en la atención. Definen su concepto central, la vulnerabilidad, como “un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados a la mayor susceptibilidad de individuos y comunidades ante una enfermedad o daño y, de modo inseparable, menor disponibilidad de recursos para su protección” (Paiva et al, 2018, p.44). En este modelo, incluirán aquellos grupos que padecen enfermedades y los diálogos entre saberes. Asimismo, le darán otro rol a la comunidad, con el objetivo de que aumente “progresivamente su control sobre los determinantes de los procesos de salud enfermedad, del cuidado de la salud al que tienen acceso y su calidad de vida” (Paiva et al., 2018, p. 43).

Hacia fines del siglo XX, se desarrolla el modelo de vulnerabilidad que incluye en el análisis lo individual, colectivo y programático, dimensiones inseparables:

- a) Lo individual siempre como intersubjetividad, esto es, como identidad personal permanentemente construida en las interacciones yo-otro
- b) lo social siempre como contextos de interacción, esto es, como espacios de experiencia concreta de la intersubjetividad, atravesados por normatividades y poderes sociales basados en la organización política, estructura económica, tradiciones culturales, creencias religiosas, relaciones de género, raciales, generacionales, etcétera;
- c) lo programático siempre como formas institucionalizadas de interacción, esto es, como conjunto de políticas, servicios y acciones organizadas y disponibles en conformidad con los procesos políticos de los diversos contextos sociales, según los patrones de ciudadanía efectivamente operantes (Paiva, V. et al, 2018, p.27).

Por lo tanto, el foco estará en las relaciones sociales de las que forma parte y los derechos que pueden verse vulnerados en esa interacción. Los autores proponen un enfoque que es congruente con la interseccionalidad, en tanto considera a la persona “en interacción y al pensar cada interacción de la vida cotidiana como comprendida en la vida social: en las relaciones de género, las relaciones raciales, los procesos de estigmatización y discriminación que instituyen la vida cotidiana de las personas(..)”. (Paiva et al., 2018, p.72).

Desde esta perspectiva “la dimensión social busca precisamente focalizar en esos aspectos contextuales que conforman vulnerabilidades individuales” (Paiva et al, 2018, p.53) considerando las relaciones en que se encuentra el sujeto, como, por ejemplo, la pobreza y exclusión social.

En esta misma línea, la exclusión social es definida como:

“Una consecuencia o efecto de ciertas relaciones de desigualdad en diferentes contextos (...) Se puede entender en este caso que no se trata de desigualdades casuales sino intencionales producidas por estrategias

o políticas en el campo de la educación, el empleo, de la vida económica, del bienestar social y de la cultura. (Milanese, 2016. p. 51)

La definición de exclusión social evidencia la relevancia de incorporar a la dimensión programática, debido al rol de las políticas en relación a la desigualdad. Desde esta perspectiva, el enfoque de derechos es fundamental ya que la vulneración o garantía constituye un determinante de la salud (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.12) y está estrechamente vinculado con la dimensión programática:

Finalmente, porque el marco de la vulnerabilidad es un enfoque basado en derechos humanos, al comprender su historia social enfatizamos la responsabilidad y la acción de los gobiernos y programas públicos de salud, como parte integrante de los determinantes contextuales y sociales en el proceso salud-enfermedad. (Paiva et al, 2018, p.48)

En este marco, los autores plantean: "Sabemos que las personas y grupos cuyos derechos no son respetados y garantizados, tienen peores perfiles de salud, sufrimiento, enfermedad y muerte". (França y Ayres, 2003 como se cita en Paiva, V. et al, 2018, p.49).

En ese sentido, el enfoque de derechos permite, a partir de un derecho ya establecido:

(..)una posibilidad concreta de juzgar las implicaciones éticas y políticas de relaciones, aspiraciones y decisiones de los diversos sujetos en interacción en las prácticas de salud con base (..)en criterios de algún modo ya pactados como condición legítimamente aceptada de una vida en común buena y justa. (Paiva, V. et al, 2018, p.33)

Es en tanto hay articulación entre estas tres dimensiones que se debe "considerar la situación de cada individuo o grupo social en su situación como sujetos de derechos. Sólo así nosotros, profesionales de salud, podemos comprender y ayudar a transformar la vulnerabilidad" (Paiva, V. et al, 2018, p.56).

En el modelo de la vulnerabilidad, son fundamentales la intersubjetividad, la institucionalidad, los derechos y la participación ciudadana para identificar las relaciones sociales que producen desigualdad, diferenciándose del modelo de prevención de la salud.

Inequidad en salud

Paiva et al (2018) establecen la vulnerabilidad en el marco de la desigualdad y de la inequidad en salud, incorporando el sistema de salud/saberes/tecnologías/intervenciones en todo nivel como determinante del proceso salud- enfermedad- atención- cuidado. Por lo tanto, plantean el imperativo de eliminar la exclusión social para garantizar el derecho a la misma. En esta misma línea, la OMS plantea:

El acceso y la utilización de los servicios de atención de salud es esencial para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. El sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos. El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de éstos y a la experiencia que se tiene como paciente. (OMS, 2008, p.8)

El cuidado y el proyecto de felicidad en el modelo de vulnerabilidad

El cuidado será entendido como:

Un diálogo entre cuidador(es) y cuidado(s) en el que los objetos de la intervención, los medios para realizarlos y las finalidades perseguidas son definidas con saberes y experiencias, científicos y no científicos, de los profesionales y de los usuarios, de modo compartido, con el fin de identificar y movilizar los recursos necesarios para prevenir, tratar o recuperar situaciones de salud que constituyen obstáculos a los proyectos

de felicidad de las personas, comunidades o grupos poblacionales.

(Paiva, V. et al 2018, p.30)

Asimismo, los autores definen al proyecto de felicidad como “ese «sentirse en casa» en el constante desacomodarse y reacomodarse que implica el estar vivo e integrado en la polis, con sus dolores y delicias” (Paiva, V. et al, 2018, p.30). Como contracara de la exclusión social, se incorpora la noción de la inclusión social, como condición necesaria para la posibilidad del proyecto de felicidad y enfoque de derechos, entendida como “el acceso a oportunidades para el desarrollo de una mejor calidad de vida y el ejercicio pleno de derechos individuales y sociales. (..) (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.35).

Atención primaria

La Argentina adoptó a la atención primaria como nivel de atención que ordena al sistema. En palabras de Mario Testa: “la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica- diagnóstica y terapéutica- y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena” (Testa, 1996, p.162). La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones incorpora en su definición la participación de la comunidad y “el costo asequible para la comunidad y el país” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019, p.38). Asimismo, la adopción de la atención primaria implica integralidad y será diagramada según las necesidades específicas y no de manera predeterminada.

Modelo de Salud Mental Comunitaria

El modelo de atención en salud mental adopta un enfoque comunitario, en el que la atención primaria de la salud desempeña un rol central, caracterizándose por su trabajo territorial, su vínculo con la comunidad y su función como puerta de ingreso al sistema de salud. A su vez, considera los factores protectores y de riesgo más prevalentes en el territorio y, a partir de su identificación, desarrolla estrategias de promoción y prevención. Sobre esta base se desarrolla el modelo de salud mental comunitaria, que propone un abordaje integral orientado a la

promoción, prevención, atención y rehabilitación psicosocial, desde una perspectiva de derechos. Este modelo es definido como:

La apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios sociosanitarios con base territorial. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y se facilita la integración a otros sectores sociales con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de dispositivos comunitarios sustitutos del modelo asilar, la coordinación de recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los derechos humanos”. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.35)

Este modelo requerirá una colaboración entre sectores y disciplinas, para lograr un abordaje integral. Para ello, es central la colaboración intersectorial, la interdisciplina y el diálogo entre saberes profesionales y no profesionales. En esta línea, se incorporan los recursos humanos no convencionales definidos como:

Los recursos existentes en la comunidad que no poseen certificación y/o acreditación oficial relativa a la formación y/o desempeño de prácticas en el sector salud. Tales recursos humanos no convencionales debidamente capacitados pueden contribuir mediante su participación de forma coordinada con los agentes del sistema formal en el diseño, implementación y evaluación de las acciones asistenciales y/o de inclusión social. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.36)

Por otra parte, la colaboración intersectorial será definida como:

Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario. (OMS, 1998, p.25)

Desde esta perspectiva, la salud mental se comprende como un proceso con múltiples determinaciones, en el que el cuidado y la atención adquieren relevancia en tanto inciden en la salud, configurando como resultado el conjunto: “procesos de salud – enfermedad – atención – cuidados” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019, p.15). En este marco, la atención y el cuidado se caracterizan por la interdisciplinariedad, definida como:

Los procesos de integración de las teorías, métodos e instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, de otros agentes formales de salud y/o recursos no convencionales, debidamente capacitados, cuyo objetivo sea garantizar la calidad e integralidad de las prácticas en el ámbito de las instituciones de salud. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.35)

Psicología comunitaria

En el marco de la salud mental comunitaria, la psicología comunitaria se constituye como una de las disciplinas que conforman este campo. Surgida en 1965 en Estados Unidos y, posteriormente, hacia 1970, en América Latina, a partir de “la disconformidad con una psicología social que se situaba, predominantemente, bajo el signo del individualismo y que practicaba con riguroso cuidado la fragmentación, pero que no daba respuesta a los problemas sociales” (Montero, 2004, p.19), se desarrolla una nueva disciplina que reconoce “el carácter histórico y cultural de los fenómenos psicológicos y sociales, con la consiguiente aceptación de la diversidad” (Rappaport, 1977; Montero, 1978,

1994b como se cita Montero, 2004, p.26). La psicología comunitaria es definida como:

La rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que lo aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social. (Montero 1982 en Montero, 2004, p.32)

El objeto de estudio de esta disciplina no será el individuo aislado, sino “el poder y el control sobre las circunstancias de vida por parte de las personas que integran las comunidades, así como el cambio social” (Montero. 2004. p.36). Por lo tanto, la comunidad se define como “sujeto activo de las acciones que en ella se llevan a cabo; como actor social, constructor de su propia realidad” (Montero, 2004, p.36) y será quien plantee las problemáticas, defina las necesidades y proponga soluciones a partir de su propia transformación, generando potencias que perduran una vez que el facilitador se retira. Claudia Bang aporta que la comunidad es:

Una idea compleja, difícil de definir y aprehender en sí misma. Representa un colectivo humano con múltiples interacciones, con diversidad de intereses y relaciones de poder, reproduciendo asimetrías. Al ser heterogénea, sus características pueden diferir en cada caso, dependiendo de múltiples factores. (Bang, 2004 citado en Bang, 2010, p.244)

En consonancia, Maritza Montero la caracteriza como un grupo social histórico y heterogéneo, dinámico, con una cultura e identidad propia, sustentado en un sentido de pertenencia.

Marine Krause Jacob señala en *Hacia una redefinición del concepto de comunidad* los efectos negativos en la salud mental generados por la desintegración del tejido social - como la exaltación de la individualidad,

empobrecimiento de las redes sociales y el debilitamiento de las instituciones - y su contraparte, la existencia de un “«hambre de comunidad», «de sentir solidaridad y pertenencia, integración, influencia y conexión emocional»” (Yankelovich, 1981 citado en Sánchez Vidal, 1996 como se citó en Krause Jacob, 2001,p.50). En este sentido, la comunidad puede considerarse un factor protector en tanto podría mitigar los efectos adversos que afectan a los sujetos. En “Críticidad y relación: dimensiones necesarias de la ética en la Psicología Comunitaria” la autora María Belén Sopransi retoma las dimensiones de la psicología comunitaria planteadas por Maritza Montero: dimensión ontológica, epistemológica y metodológica, ética y política. En relación a la dimensión ética, Sopransi plantea: “la ética aludiría a la definición del otro y a su inclusión en la relación de producción de conocimientos, suponiendo valores como la igualdad y la justicia, sólo desde una posición de igualdad es que se genera la posibilidad de justicia” (Sopransi, 2011, p.116). Asimismo, plantea:

La dicotomía planteada entre agentes externos y agentes internos, que la ética relacional intenta diluir, tiene un aspecto ficticio puesto que las comunidades en las que se trabaja son parte de nuestra realidad y, por lo tanto, a la vez que se transforman, nos transformamos. (Sopransi, 2011, p.121).

Por otra parte, Claudia Bang retoma de María Teresa Rodríguez Wong la idea de “grupo sujeto” al que define como “un punto de llegada a través de un trabajo metodológico que contribuya a sacar al grupo de su “condición natural de objeto” (dada por la propia enajenación que supone lo cotidiano), para facilitar que devenga sujeto del conocimiento” (Bang, 2010, p.244).

La intervención comunitaria es definida como:

La aplicabilidad a través de procesos intencionales de cambio, orientados mediante procesos participativos al crecimiento de los recursos de la población (físicos, psicosociales, y socioculturales); al desarrollo de organizaciones propias y representativas; y al incremento de la posibilidad de influencia en su entorno. (Lapalma, 2012, p.75)

Las intervenciones incluyen “el diagnóstico inicial, la viabilidad de alternativas de acción, la planificación, la implementación, sus modos organizativos, como así también, su evaluación” (Lapalma, 2012, p.76). En la intervención comunitaria el abordaje será colaborativo, entre agentes externos e internos. Teóricamente, la intervención de agentes externos debería ser limitada en tiempo, dado que la comunidad podría, a partir del empoderamiento, identificar sus recursos y desarrollar soluciones. No obstante, este planteo presenta dificultades para su implementación, debido a la complejidad creciente de las situaciones psicosociales.

En relación a la participación, Maritza Montero plantea que es un proceso colectivo y voluntario en el que un grupo, con intereses y objetivos comunes, trabaja para alcanzar sus metas, a partir de la organización e intercambio solidario de recursos, servicios, decisiones y conocimiento. Se considera que de la participación obtienen beneficios las personas involucradas, aquellos que reciben las acciones, las instituciones y la sociedad. En tanto lo individual, siempre en el marco intersubjetivo, se considera que “se aporta y a la vez se es beneficiario de los aportes hechos por otros y, además, de la suma de todas las participaciones” (Montero, 2004, p.109).

Desde esta perspectiva, cobra una importancia fundamental el contexto, las redes de apoyo, la participación en la vida en común: no es posible hablar solamente de factores psicológicos, ya que la vida ocurre con otros y los sujetos son permeables a la interacción. Solo a partir de la dialéctica sujeto-comunidad es posible capturar las múltiples aristas que componen la complejidad humana.

Prácticas comunitarias de promoción de la salud

Claudia Bang en *Arte y juego en prácticas comunitarias de promoción de salud mental: cuando la creatividad da respuestas* caracteriza a las prácticas comunitarias de promoción de salud mental como participativas e intersectoriales, las cuales permiten el abordaje de problemáticas psicosociales complejas -como el aislamiento, soledad y discriminación- a partir de la participación, favoreciendo el encuentro y la creación de vínculos solidarios. Asimismo, integra las prácticas de promoción de la salud dentro de la atención primaria de la salud, concibiéndolas como estrategias que tienen como objetivo

mejorar la calidad de vida y el fortalecimiento comunitario, comprendido este último como un factor protector de la salud. (Bang, 2012, p.69). La autora retoma la perspectiva de salud integral propuesta por De Almeida Filho y Silva Paim (1999) y considera que “estas acciones podrían ser pensadas desde la promoción en salud mental, operando directa o indirectamente en dicho campo” (como se citó en Bang, 2012, p. 68).

Las prácticas relacionadas al arte y al juego se inscriben dentro del modelo comunitario de salud mental, en tanto constituyen espacios que permiten explorar otras alternativas a lo dado y promover el cambio social, considerando los niveles individuales, grupales y comunitarios en los que inciden.

La práctica comunitaria participativa del arte es concebida como un recurso que posibilita la transformación tanto en el plano subjetivo como en el comunitario, en tanto:

Crea condiciones para el desarrollo de un pensamiento creativo colectivo, crítico y dirigido a la acción. Esto es de fundamental importancia, teniendo en cuenta que una comunidad con un pensamiento creativo compartido colectivamente se encuentra en mejores condiciones de ser actores de transformación de sus propias realidades, y éste sería un indicador de salud mental comunitaria. (Bang, 2011 como se citó en Bang, 2012, p.73)

A la vez, el arte se presenta como un espacio donde las personas pueden involucrarse en relaciones simétricas con otros sujetos y organizaciones, favoreciendo la equidad, fortaleciendo la cohesión, la organización y la acción colectiva. Estas prácticas potencian la capacidad individual y comunitaria para afrontar situaciones adversas dadas por la inequidad y los determinantes sociales de la salud.

Por lo tanto, “la participación activa de la comunidad y la constitución de lazos solidarios se constituirían así en indicadores de Salud Mental Comunitaria” (Bang, 2012 como se citó en Bang, 2012, p.70), entendiendo que la participación, elemento esencial en las prácticas de promoción de la salud, “es en sí un factor de salud mental, ya que restituye lazos de solidaridad social, diferenciándose de

lo patologizante de vivir situaciones conflictivas de forma individual y pasiva” (Bang, 2012, p.70).

La conformación de vínculos solidarios subvierte a una sociedad caracterizada por su “desarticulación de sus formas de organización colectiva, labilización de lazos sociales y fragilización de redes de contención comunitaria.” (Bang, 2010, p.244). Como plantea la autora:

Escasean hoy las formas de pensarse desde un “nosotros”; las problemáticas sociales y comunitarias cada vez más se abordan de forma individual y sus resoluciones circulan como abordables desde la lógica de mercado. (Bang, C.; Wajnerman, C. 2010 como se citó en Bang, 2010, p.244)

El fortalecimiento de los vínculos, la acción sobre la realidad y el empoderamiento comunitario a partir del desarrollo de sus recursos son objetivos de la psicología comunitaria. En esta línea, la autora plantea la importancia de los eventos artísticos que suceden en la comunidad como rituales comunitarios que permiten la construcción de lazos solidarios y el desarrollo de lo afectivo.

Asimismo, Bang retoma la Declaración de Lima sobre arte, salud y desarrollo que sostiene que el arte es una herramienta que “permite reelaborar situaciones dolorosas y (...) promover mejores y más felices escenarios para sus vidas” (OPS, 2009 como se citó en Bang, 2012, p.73).

Por otra parte, la OMS plantea en el informe “¿Cuál es la evidencia del rol de las artes mejorando la salud y el bienestar?” la evidencia que tiene el arte en “la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la gestión y el tratamiento de enfermedades a lo largo de la vida” (OMS, 2019).

Siguiendo los planteos de González Rey en relación a la subjetividad y el enfoque histórico-cultural del desarrollo humano retomado por Mitjans Martínez, Bang conceptualiza la creatividad como un proceso que emerge a partir de las interacciones con otros y con objetos culturales, situado en un contexto determinado que influye en su desarrollo. Por lo tanto, la autora la considera como un proceso dialéctico con doble vertiente de la subjetividad: el nivel individual y el social. A su vez, retoma la relación establecida por Mitjans Martínez entre la creatividad y la salud mental, en tanto los recursos subjetivos constituyen

la “base de la expresión creativa y dimensión subjetiva individual de la creatividad” y “actúan como agentes protectores y disminuyen nuestra vulnerabilidad” (Bang, 2012, p.72).

Niñez y adolescencia

En “Recomendaciones y conceptualizaciones sobre salud mental infanto–juvenil” elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina se retoma lo planteado por la Organización Mundial de Salud: “las principales preocupaciones por los niños, niñas y adolescentes van más allá de su supervivencia y su crecimiento físico, y abarcan también su desarrollo biopsicosocial y su salud mental” (OMS, 2013, p.5 como se citó en Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina, 2019,p. 11). Los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derecho y, por lo tanto, tienen derecho a la salud integral.

Debido a que el taller se desarrolla con niños, niñas y adolescentes es pertinente definir las etapas y procesos que se desarrollan. En el texto mencionado se distingue entre la primera infancia (que abarca desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad), adolescencia temprana y adolescencia tardía. La importancia de la primera infancia se debe a que se sientan las bases del desarrollo. Por su parte, en la adolescencia se producen cambios veloces en todos los aspectos de la vida. Ambas etapas están determinadas por cuestiones sociales, económicas e históricas.

Debido a los cambios que se presentan en estas etapas y porque constituyen la base del futuro desarrollo de las personas, resulta fundamental la detección temprana de factores de riesgo, problemáticas o conductas para el abordaje eficaz. Se deben desarrollar estrategias de prevención de padecimiento psíquico y de promoción de la salud.

Asimismo, es primordial la asistencia continua, con base en la comunidad, para mejorar la salud y bienestar de niños, niñas y adolescentes (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina, 2019, p.12).

La atención debe estar basada en “criterios de equidad y no estigmatización” (p.13) y deben ser destinados los recursos necesarios para una calidad de atención y asistencia, formando profesionales, actuando con rapidez, bajo los principios de interdisciplinariedad e intersectorialidad (Dirección Nacional de

Salud Mental y Adicciones de Argentina, 2019, p.12). A partir de la intersectorialidad e interdisciplina, se debe conformar una red que tenga como objetivo:

Fortalecer los factores protectores, entre los cuales se incluyen los vínculos saludables y solidarios, con particular énfasis en favorecer los lazos familiares y comunitarios de esos niños y que tengan la oportunidad de ampliar sus espacios de circulación social, conservando siempre su escolaridad como base de ésta”. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina, 2019, p.18)

Resulta fundamental destacar que el abandono escolar constituye un factor de riesgo en salud mental: “abandonar la escuela a una edad más temprana, menos años de educación formal y tener un nivel educativo más bajo se asocian con una peor salud mental futura y un mayor riesgo de suicidio” (Kirbride, 2024, t. 61).

Institución

Para resolver la ambigüedad que denota el concepto de institución, Ulloa propone la definición de organización institucional como “un organismo con una geografía y una ordenación del tiempo y de las responsabilidades con objetivos por alcanzar y medios adecuados a tal fin, todo regulado por un código y por normas explícitas e implícitas” (1969, p.1).

Objetivos

Objetivo general:

Analizar el rol del taller de arte como práctica participativa y promotora de la salud mental comunitaria en una población compuesta por niños, niñas y adolescentes de un barrio popular de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos específicos:

- Describir el funcionamiento de la asociación, el contexto en el que se desarrolla y el dispositivo al que asisten niños, niñas y adolescentes.
- Explorar estrategias de promoción realizadas por la Asociación en relación a los factores protectores de la población que asiste a los talleres.
- Indagar sobre estrategias de prevención de factores de riesgo psicosocial presentes en el dispositivo comunitario.
- Comprender la articulación intersectorial e interdisciplinaria presentes en el dispositivo comunitario, para el abordaje de la salud integral de los niños, niñas y adolescentes.

Metodología

El trabajo integrador final adopta un enfoque cualitativo, con un diseño exploratorio descriptivo de corte transversal. Para recabar la información, se emplearon entrevistas semiestructuradas en conjunto con observación participante.

La elección de este diseño se debe a que es un tema escasamente abordado. Si bien se encontró estado del arte en relación a las prácticas participativas comunitarias, no se hallaron investigaciones previas vinculadas a la salud mental comunitaria en el dispositivo observado.

El diseño exploratorio permitió “obtener información para realizar una investigación más completa en un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados” (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014, p.91) al indagar sobre las estrategias de promoción y prevención realizadas por la asociación civil en el marco de la salud mental comunitaria. Mientras que el diseño descriptivo permitió detallar el funcionamiento del dispositivo, de la asociación, el contexto y las prácticas desarrolladas con el fin de “mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación” (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014, p.92).

El trabajo de campo se desarrolló entre abril y junio de 2025, por lo que se trata de una investigación transversal, con observaciones realizadas a lo largo de ese período.

Lógica de investigación

Se adoptó un enfoque cualitativo debido al carácter de las prácticas observadas, en tanto ocurren en un contexto natural de interacción. Los planteamientos de este enfoque:

Son una especie de plan de exploración y resultan apropiados cuando el investigador se interesa por el significado de las experiencias y los valores humanos, el punto de vista interno e individual de las personas y el

ambiente natural en que ocurre el fenómeno estudiado; así como cuando buscamos una perspectiva cercana de los participantes. (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014, p.376)

La investigación cualitativa se caracteriza por su carácter inductivo, flexible y circular, ya que parte de lo particular hacia lo general y permite regresar a etapas previas en función de la información que surge en el campo. El ingreso al campo, la recolección y el análisis de los datos suelen darse de manera simultánea. (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014, p.8).

Instrumentos:

- **Observación:** la investigación cualitativa se funda en este instrumento (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014). Se realizaron observaciones del contexto, de las actividades realizadas y de las interacciones. Asimismo, este instrumento se utiliza para:
 - a) explorar ambientes, contextos, subculturas y la mayoría de los aspectos de la vida social; b) describir comunidades, contextos o ambientes, las actividades que se desarrollan en éstos, las personas que participan en tales actividades y sus significados; c) comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones o circunstancias, eventos que suceden a través del tiempo, así como los patrones que se desarrollan y los contextos sociales y culturales en los cuales ocurren las experiencias humanas; d) identificar problemas y e) generar hipótesis.(Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014, p.399)
- **Entrevistas cualitativas**, caracterizadas como “más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa” (Savin-Baden y Major, 2013; y King y Horrocks, 2010 como se citó en Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014,

p.403) y definidas como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)(..) “(Janesick, 1998 en Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014, p.403). Al tratarse de entrevistas semi estructuradas, las preguntas de las entrevistas fueron planificadas y organizadas por temáticas, adoptando un formato flexible que permitió “introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014, p.403). Previamente a realizar las entrevistas, se procedió a firmar el consentimiento informado, en el que se garantiza la confidencialidad y anonimato, siendo modificados todos los nombres que pudieran permitir la identificación de los entrevistados.

- **Notas de campo:** se realizaron en la observación y en las entrevistas. Se complementó lo observado con lo indagado a partir de los intercambios con los referentes. Las entrevistas fueron desgrabadas para su posterior análisis (Vasilachis de Gialdino, 2017).

Rol de investigadora:

El rol de la investigadora osciló entre lo que Hernández Sampieri et al (2014) definen como una participación activa y una participación completa (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014). La primera consiste en participar en la mayoría de las actividades sin perder el rol de observador (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014), mientras que la segunda consiste en integrarse en la actividad comportándose como un participante más. (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014, p.403). Con el transcurso del tiempo y de manera progresiva, el rol de “profesora voluntaria” le fue asignado a la observadora por parte de los profesores y participantes.

Población

La población está compuesta por niños, niñas y adolescentes.

Muestra:

La asistencia se realizó durante tres meses, período en el que se llevaron a cabo la observación y participación en el taller de arte, en la Asociación Civil Tejiendo el Barrio, al que asisten veinticinco niños, niñas y adolescentes (entre tres y catorce años de edad). También se realizaron dos entrevistas a referentes institucionales (cuyos testimonios serán identificados con R1 y R2) que brindaron información

Unidades de análisis:

En la articulación teórica práctica se hará referencia a las nociones de:

- Factores protectores
- Factores de riesgo
- Salud
- Participación
- Estrategias de promoción
- Estrategias de prevención
- Intersectorialidad
- Interdisciplinariedad
- Enfoque de derechos
- Vulnerabilidad

La articulación teórica práctica:

Parte I: la Asociación, el contexto y el dispositivo

Historia del barrio

Actualmente, el barrio Playón se encuentra entre las calles Fraga, Teodoro García, Palpa, Céspedes y las vías del Ferrocarril Urquiza. Su origen es ferroviario. El referente institucional ubica el nacimiento del barrio en la década de 1990, cuando los ramales de trenes nacionales comenzaron a cerrar, especialmente aquellos que unían la estación Federico Lacroze ubicada en la Ciudad de Buenos Aires, con el Noreste Argentino. En ese momento, trabajadores provenientes del Noreste quedaron varados en Buenos Aires. Al principio se acomodaron provisoriamente en el playón ferroviario esperando que la situación se normalizara, de allí que el barrio es conocido como “Playón de Chacarita”. La normalización del servicio nunca se produjo y las familias de estos trabajadores ferroviarios comenzaron a migrar hacia Buenos Aires para reunirse con ellos. Hacia 2003/4, hubo una segunda oleada: llegaron nuevos familiares de las familias ya instaladas y se sumaron, también, migrantes de países vecinos, como Perú y Bolivia.

Proceso de urbanización

En 2017 se sancionó el proyecto de Ley N° 5799 de “Integración Social y Urbana del barrio Playón de Chacarita”, por La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el que participaron los vecinos y los actores que conforman la comunidad. En la Avenida Triunvirato, abierta a partir de la urbanización, se encuentran las viviendas sociales en el predio del que el Ferrocarril Urquiza era dueño.

Según el censo que permitió la planificación del proceso de urbanización, realizado por el Instituto de Vivienda de la Ciudad (2016), en el barrio Playón de Chacarita vivían 2764 personas conformando un total de 1042 familias en 513 viviendas. De esas 513 viviendas, en el barrio original quedan 300 que han sido mejoradas. Por otra parte, se construyeron 672 viviendas sociales que los vecinos adquirieron y son propietarios. Según el referente fue una buena ley que implicó mucho aprendizaje y se escuchó a los vecinos, si bien no fue carente de

conflictos debido a los múltiples intereses en juego. Al respecto, plantea que el proyecto fue exitoso, pero coincidió con un momento económico recesivo, por lo que las personas si bien ahora contaban con una dirección para poner en el currículum, no conseguían trabajo por el contexto y tenían gastos mayores, entre ellos los servicios (gas, luz, agua) y las expensas. La falta de trabajo también constituye un determinante social de la salud. Por otra parte, comentó:

“Hay un círculo virtuoso de la urbanización, que está en todos los manuales que estudian este proceso que dice que en el momento que vos dejás de vivir en una manzana numerada con la casa y pasas a vivir en «Teodoro García» tenes muchísimas posibilidades de conseguir trabajo(..) Automáticamente en el momento que podés invitar a los compañeritos de colegio de tu hijo y esa casa no es dentro de una villa, el poder de socialización que va tener tu pibe va a ser mucho más alto, con lo que vas a tener muchas vinculaciones que te va a permitir armar esta red, esto que decíamos al principio, que era el gran potenciador del desarrollo individual: está probado que donde vos urbanizas un barrio y a la gente le das condiciones de vida y condiciones catastrales acorde a la norma, mejora mucho la vida.” (R1)

En este punto, resulta fundamental considerar la importancia de las políticas públicas intersectoriales que apuntan a los determinantes sociales de la salud, definidos como:

Las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; siendo que estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales y políticas que operan en diversos niveles: global, nacional, regional, local. (OMS, 2009 como se citó en Lellis, 2015, p.33)

En el modelo de la promoción de la salud, las políticas públicas cobran una relevancia mayor ya que el estado y los gobiernos tienen influencia en la salud de su población no solo a través del sector sanitario sino también a partir de la modificación de sus condiciones de vida (OMS, 2008). Por esta razón, las políticas públicas que tienen como objetivo mejorar las condiciones de vida o estructurales pueden ser pensadas como estrategias de promoción de la salud.

En el caso de Playón, se puede considerar a la urbanización como una estrategia de promoción de la salud realizada por el Gobierno de la Ciudad, con participación de la comunidad, de la Asociación Civil Tejiendo el Barrio y los vecinos, que produjo una mejora en la calidad de vida y una mejor salud de la persona al repercutir en otras esferas, como la socialización mencionada.

Historia de Tejiendo el Barrio

La institución Tejiendo El Barrio es una asociación civil fundada en 2014 a partir de personas que provenían de diferentes orígenes (organizaciones políticas, religiosas, voluntariado) con un diagnóstico común. En ese mismo año, comenzaron sus actividades en el Barrio Playón de Chacarita, en una sede y al año siguiente, se mudaron a la sede actual, que se transformó a medida que avanzaba la urbanización del barrio.

La sede actual consta de una cocina, un baño y un patio, que es compartido por seis familias, en los que se montan gazebos y luces por la duración del taller y luego se desmontan. El espacio interior es un ex pasillo del barrio en el que la asociación construyó el primer “aula taller”. A medida que el espacio fue creciendo y a partir de la urbanización de Playón, que implicó la demolición de casas de vecinos (con sus respectivos traslados a edificios de vivienda social), la mejora de las casas que quedaron en el barrio y la apertura de calles, se creó el patio compartido por estas seis familias en el que hoy funcionan los talleres. Acerca del nacimiento de la asociación, el referente lo ubica en un contexto en el que se presentaba:

“Un boom de la participación y el diagnóstico que empezamos a hacer muchos que veníamos de experiencias distintas era: este boom de participación que es cíclico, tocó su punto más alto y ahora viene una ola negativa, viene algo bajo (..) el diagnóstico que había era que había que institucionalizar el trabajo bajo la premisa de que lo único que vence al tiempo, es la institución.(..) Y eso hizo que nos unamos con un diagnóstico común: había que construir una organización, con un clivaje bien popular, bien instaurado en el territorio, pero que tenga un desarrollo institucional potente. También entendiendo que hay una máxima donde la

institucionalidad y la capilaridad, es decir la llegada territorial que tienen las organizaciones, es inversamente proporcional” (R1).

Además, la asociación civil desarrolla actividades en otras tres comunidades: La Carbonilla y La Esperanza, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otra en Posadas (Misiones). Para la conformación de cada comunidad, se identifican los catalizadores necesarios.

Ulloa define a la organización institucional como “un organismo con una geografía y una ordenación del tiempo y de las responsabilidades con objetivos por alcanzar y medios adecuados a tal fin, todo regulado por un código y por normas explícitas e implícitas” (1969, p.1). La asociación civil cumple con estas características al tener sedes físicas, una comisión directiva y voluntarios, todos bajo ciertas normativas y con un objetivo en común: construir comunidades más fuertes a partir de ciertos catalizadores que permitan la reparación del tejido social, manteniendo la profesionalidad y organización junto a una presencia territorial.

El objetivo de la asociación se alinea con la formación de la comunidad como factor protector de la salud mental, en contraposición a los efectos negativos de la desintegración del tejido social (Krause Jacob, 2001). Maritza Montero y Claudia Bang coinciden en definir a la comunidad como un grupo social histórico, heterogéneo, con una identidad y cultura propia generada a partir de la interacción y el compartir intereses, necesidades y objetivos comunes (Montero, 2004; Bang, 2010). Asimismo, las actividades llevadas a cabo por la asociación favorecen la construcción de una identidad compartida.

La conformación de la asociación y sus objetivos están en consonancia con lo planteado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en tanto plantea que la red articulada debe tener como objetivo:

Fortalecer los factores protectores, entre los cuales se incluyen los vínculos saludables y solidarios, con particular énfasis en favorecer los lazos familiares y comunitarios de esos niños y que tengan la oportunidad de ampliar sus espacios de circulación social, conservando siempre su

escolaridad como base de ésta. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina, 2019, p.18)

La asociación civil vendría a dar respuesta a los problemas planteados por diversos autores, entre ellos Claudia Bang, acerca del debilitamiento de los lazos sociales y “la fragilización de redes de contención comunitaria” (Bang, 2010, p.244).

Conformación de Tejiendo el Barrio

La institución está conformada por una comisión directiva integrada por un presidente, dos vocales titulares y dos suplentes, una secretaria, un tesorero, un revisor de cuentas, un consejo consultivo por comunidad y dos miembros que representan a la juventud. El consejo consultivo se encuentra conectado con la comisión directiva y está compuesto, según el barrio, entre uno y tres representantes elegidos por la comunidad. A partir del consejo consultivo se identifican las necesidades, recursos, transformaciones y catalizadores necesarios. De este modo, la comunidad se halla representada, lo que favorece un proceso de democratización en la planificación y la acción. Tanto en el diagnóstico como en la resolución, la comunidad participa de manera activa, permitiendo que las soluciones emerjan desde ella y se sostengan en el tiempo. La asociación se encuentra conformada por la comisión directiva, los voluntarios, y un equipo de trabajadoras.

“El método Tejiendo”

La asociación tiene un método propio que combina:

- Investigación, a partir de datos si es que hubiera
- inmersión profunda y
- abordaje colaborativo.

En primer lugar, se recopilan datos objetivos sobre la comunidad. En caso de que no existieran, se construyen, por ejemplo, a partir de censos. Como plantea el referente:

“El paso uno es investigar el barrio en el que vamos a trabajar, para eso a veces existen datos, a veces no. Hay barrios donde funciona censos,

otros donde funciona la EPH, donde ha habido organizaciones que hicieron censos, entonces uno más o menos conoce lo que hay y construye datos con eso. A veces cuando esos datos no existen, los construimos nosotros”. (R1)

“El primer punto son los datos: nosotros creemos en el dato(..) Todo lo que se pueda construir de datos, sirve, hay que estudiarlo y respetarlo. Hay una parte cualitativa que nos ayuda a entender el dato(..) Si ahí sumas la charla con la gente, haces que el dato sea más elocuente y claro en lo que te quiere decir” (R1)

Esto es congruente con la necesidad de generar datos e información.

En segundo lugar, se realiza la “inmersión profunda” que consiste en convocar a la comunidad y consultar su diagnóstico, sus condiciones de vida y sus necesidades. Este proceso permite, en conjunto con el dato recabado, realizar un diagnóstico comunitario que funciona como “herramienta de producción de conocimiento que permite una planificación situada de las acciones posibles” (Lodieu, Longo, Nabergoi & Sopransi, 2012, p.1). A partir de la construcción del dato y del contacto con la comunidad, se realiza un diagnóstico:

“Un poco más cualitativo, pero también un poco más sincero porque la gente es la que la vive” en palabras del referente. (R1)

A partir de la identificación del catalizador, se orienta el trabajo hacia la construcción de una comunidad, en tanto el objetivo de la asociación es el de reparar el tejido social. Una vez conformada la comunidad, se produce lo que denominan “abordaje colaborativo” en el que realizan un diagnóstico en conjunto de etapas futuras.

En palabras del referente:

“La misma comunidad nos va a decir «ahora que somos varios, que esto anda, ¿por qué no nos metemos con esto?» y eso avanza hacia ir mutando en una dirección. Una vez que nosotros detectamos el problema que es el catalizador de construir una comunidad, empezamos a trabajarlo, formamos una comunidad y una vez que funciona lo que hacemos es tratar de jerarquizarla, decir «bueno, este diagnóstico lo

hicimos desde afuera del barrio, junto a ustedes, pero desde afuera. ¿Qué diagnóstico hay para la etapa que viene?» (R1)

Este planteo es congruente con la planificación participativa, caracterizada porque “reconoce al otro como un semejante, cuyo saber es complementario, lo cual permite realizar un trabajo cooperativo entre equipo técnico y comunidad para la identificación de problemas, la formulación de prioridades, el establecimiento de actividades y la evaluación” (de Lellis, Interlandi & Martino, 2015, p.233). Por esta razón, en cuanto a las problemáticas del barrio, sus necesidades y soluciones, la comunidad tiene un rol central y se posiciona como un actor social activo que se transforma. Al mismo tiempo, la participación permite la construcción de ciudadanía y democratización (Niremberg, Braverman & Ruiz 2002, como se citó en de Lellis, Interlandi & Martino, 2015, p.233).

Las campañas y acciones realizadas por la asociación pueden ser consideradas como intervenciones comunitarias y promotoras de salud en tanto tienen como objetivo el desarrollo personal, el fortalecimiento comunitario y una mejor calidad de vida.

Por consiguiente, se puede enmarcar al método y a las tareas desarrolladas por la asociación, dentro del modelo de salud mental comunitaria, caracterizado por la territorialidad, la participación, la inclusión social, la perspectiva de derechos humanos y los recursos humanos no convencionales.(Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a).Este marco constituye un campo de saberes interdisciplinarios e intersectoriales caracterizado por el desarrollo de estrategias de promoción y prevención de la salud y por el rol protagónico de la comunidad en la detección de sus necesidades y en su abordaje.(Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a). El rol que ocupa la comunidad, en palabras del referente:

“Intentar que la misma comunidad tenga las herramientas para construir el paso siguiente y después ir acompañando esos procesos, con mayor o menor protagonismo. En un mundo ideal, nosotros, los que no vivimos en los barrios, podríamos irnos y seguir funcionando una comunidad con una dirección, con un Tejiendo el Barrio sin necesidad de gente ajena a la comunidad, más allá de que yo me siento parte(...)Hay mucha gente que vive en otros barrios, viene y se pone al hombro, pero no es que vienen a

tomar decisiones y dirigir procesos, sino que eso está muy asentado en los vecinos y vecinas". (R1)

Este planteo es congruente con el rol que se les asigna a los agentes externos como facilitadores que podrían retirarse en la psicología comunitaria, disciplina que integra el campo de la salud mental comunitaria. Sin embargo, si bien las soluciones se encuentran asentadas en la comunidad, en la asociación se mantienen los agentes externos.

El taller de arte

La asociación detectó en la comunidad necesidades educativas, edilicias y sanitarias.

Con la intención de dar respuesta a las necesidades educativas, la asociación civil ofrece dos talleres: apoyo escolar y taller de arte. Se puede considerar que el espacio de apoyo escolar contribuye al derecho a la educación, previniendo el riesgo de la deserción escolar, mientras que el taller de arte es un espacio basado en el derecho al ocio y al desarrollo personal, en el marco de una comunidad. Para asistir a los talleres, se realiza una inscripción previa, si bien algunos participantes se incorporan una vez comenzados los talleres, y las clases se ven interrumpidas por dos recesos: el invernal y el de verano, en los cuales se desarrollan algunas actividades especiales, pero sin la frecuencia semanal.

Para el presente trabajo, se observó durante mayo y junio de 2025 el taller de arte, que tiene una duración de dos horas y una frecuencia semanal. A partir de las 18hs el equipo de trabajadoras comienza con el armado del espacio y la preparación de la merienda, mientras ingresan los voluntarios a los que los participantes denominan "profes". El equipo de profesores está conformado por voluntarios de distintas formaciones y/o profesiones: personas vinculadas al arte, a la psicología, educadores, estudiantes, entre otros. La propuesta de los talleres es planificada por el equipo mediante un grupo de WhatsApp.

Alrededor de las 18.30hs, comienzan a llegar los participantes que son niños, niñas y adolescentes, desde los tres o cuatro años hasta los catorce, si bien la referente del taller expresa que hay flexibilidad al respecto y se adaptan las

actividades según la edad. Los participantes reciben la merienda y mientras lo hacen, piden papel y lápices para empezar a dibujar. Las actividades desarrolladas en el espacio de taller de arte involucran distintos elementos o materiales, según la disponibilidad. A lo largo de esos tres meses, se observaron producciones que incluían: dibujos, construcciones con cartón, palillos de sushi o bloques, origami hecho con papel y plastilina.

La creación del taller de arte se dio en 2017, tres años después de la fundación de Tejiendo el Barrio.

Necesidades actuales: diagnóstico

En relación al contexto, la asociación se encuentra atravesada por un momento de profundo cambio en la Argentina. Debido a la crisis económica y social, Tejiendo el Barrio absorbe demandas que antes se encontraban distribuidas:

“Hoy, es muy difícil decirlo, se rompió todo. El hambre, porque cerraron todos los comedores y merenderos y era una base de alimentación de la gente, y eso es complicado porque nos lo vienen a demandar a nosotros que nunca hicimos eso (..) antes lo que era una merienda que acompañaba, ahora es la merienda porque si no el pibe no comió nada en todo el día, entonces empieza a haber problemas que antes no había(..) Un problema muy serio con el trabajo”. (R1)

En esa línea, en cuanto al diagnóstico actual, el referente refiere problemáticas referidas al consumo problemático, a la educación, a la salud, a la cuestión alimentaria y al trabajo. El registro de cuáles son las problemáticas más prevalentes, permite diseñar estrategias de promoción y prevención de la salud.

Desafíos de la asociación:

Si bien se plantea dentro del Método Tejiendo la importancia de los datos, la dinámica de la comunidad y sus problemáticas no siempre permiten esta construcción. Cuando se indagó sobre la planificación y la medición, uno de los referentes respondió:

“Sí, de forma no tan ordenada como se querría. Porque lo que tiene trabajar esta dinámica de «capilaridad mata institucionalidad», es que si vos entraste en un proceso comunitario y sos protagonista de ese proceso es una montaña rusa, donde nunca sabes que va a venir mañana. (..)

tratamos de analizar las cosas que hacemos, hacer un análisis de impacto, también tratamos de ponernos metas hasta donde las pudimos cumplir. Y también sabemos que hacer todas esas cosas en forma profesional es caro. Y que a veces hay que decir «el éxito de una medida no lo podés medir de forma cuantificada» porque eso implicaría quizás duplicar el presupuesto con el que contaste. (R1)

La segunda referente menciona:

“No hay una medición, la verdad es que no estamos midiendo eso, sino que lo vemos en el día a día, reflejado. Quizás es poco asentar lo que sucede, pero más bien vivirlo en clase tras clase. Hay cosas que se pierden a la larga y estaría bueno registrar, pero lo vamos viendo en la diaria y hay cosas que notamos” (R2).

Parte II: El taller de arte como dispositivo de promoción

La promoción de la salud es un proceso de carácter político y social que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas, a partir del favorecimiento de los factores protectores y la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Asimismo, implica la participación de las personas en este proceso y tiene como objetivo disminuir la inequidad en salud.

Si bien los prerrequisitos planteados en la Carta de Ottawa (1986) son el horizonte al que se aspira, en la práctica se los intenta atender al mismo tiempo que fomentar la salud, debido al alto porcentaje de población por debajo de la pobreza y con dificultades en el acceso a los servicios de salud. Este abordaje se puede observar en la asociación que simultáneamente trabaja sobre ciertos prerrequisitos, como la alimentación, y sobre la salud, a partir del arte y el apoyo escolar.

El taller de arte se puede enmarcar dentro de las estrategias de promoción de la salud debido a que es un espacio de derechos, promueve factores protectores de la salud mental como el lazo social y la participación y, a través de la articulación, trabaja para reducir la inequidad en salud en tanto permite el acceso a ciertas prácticas. En esta línea, la asociación busca el desarrollo personal e intenta equiparar las oportunidades:

“Los pibes, vamos a pelearle una oportunidad: (..)Por lo menos podemos conseguir 2 o 3 vidas más, que tengan el margen de que les vaya mal en una o dos y sin embargo poder llegar a tener una vida normal, vale la pena”. (R1)

Desde esta perspectiva, la población que integra la comunidad puede pensarse en el marco de la vulnerabilidad, como consecuencia de la vulneración de derechos, de la pobreza como factor de riesgo y de las mayores posibilidades de enfermar y los menores recursos para su protección y atención (Paiva et al, 2018). En palabras de Paiva “Sabemos que las personas y grupos cuyos derechos no son respetados y garantizados, tienen peores perfiles de salud, sufrimiento, enfermedad y muerte” (França y Ayres, 2003 como se cita en Paiva, V. et al, 2018, p.49).

En esta línea, la OMS plantea:

“(..)el sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos. El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de éstos y a la experiencia que se tiene como paciente”. (OMS, 2008, p.8)

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019) sostiene que la calidad de atención y asistencia debe estar basada en criterios de equidad y no estigmatización, considerando estas diferencias en el acceso. El referente comenta una estrategia de promoción de la salud implementada:

“Los pibes de los barrios populares arrancan educación física después que los pibes de clase media. ¿Por qué? porque necesitan un certificado médico y cuando yo me lo hacía, lo hacía en la clínica, me veía el médico de cabecera y ya está. Acá se lo tienen que hacer en el hospital, en este barrio, todos juntos, al mismo tiempo en la misma época del año, no se podía. Entonces armamos eso y los pibes de repente planificando un

poquito su salud tuvieron educación física al mismo tiempo que los pibes de clase media con los que muchas veces se compartía colegio”. (R1)

En este ejemplo, se puede considerar que se produjo una articulación con el objetivo de promover la salud integral e intentar reducir la inequidad.

Las tres dimensiones en el modelo de la vulnerabilidad

En el modelo de la vulnerabilidad, se considerará la dimensión individual, siempre entendida como intersubjetividad, la dimensión social, atravesada por experiencias, normas, poderes y variables interseccionales y la dimensión programática que refiere a lo institucional, es decir, políticas, servicios y acciones disponibles, según el contexto político y social. (Paiva et al, 2018).

Ante ser consultado por las problemáticas actuales del barrio, el referente responde:

“El hambre, porque cerraron todos los comedores y merenderos y era una base de alimentación de la gente (...). Un problema muy serio con el trabajo, el trabajo es un re problema. (..) Y detrás de eso muchos problemas económicos: la gente está con muchas deudas, todas las aplicaciones de billeteras están rotas. Está todo roto. El diagnóstico actual es de tormenta. Los problemas que había antes siguen estando.” (R1)

En el fragmento citado es posible vislumbrar la interrelación entre las tres dimensiones, a partir del impacto del cierre de los comedores.

El taller de arte como práctica participativa

El taller de arte puede incluirse dentro de las prácticas comunitarias de promoción de salud mental, en tanto cumple con las características propuestas por Claudia Bang (2012) ya que se trata de una práctica participativa que genera vínculos solidarios, la asociación se desarrolla en el marco de una red intersectorial y permite el abordaje problemáticas psicosociales complejas tales como la soledad, la discriminación y el aislamiento.

En relación a la conformación de vínculos, la referente señala cambios en los participantes y sus lazos sociales. A lo largo de los tres meses, se observaron transformaciones en las dinámicas grupales con un marcado interés por los otros participantes. A partir de la planificación de las actividades, se promovió el trabajo en conjunto y las creaciones colectivas. Por ejemplo, un jueves, cada uno realizó un dibujo y luego debía intervenir el de los demás. En otro encuentro, luego de

visitar la Feria del Libro, se distribuyeron libros infantiles en la mesa. Los presentes podían optar por trabajar solos o en manera conjunta. Si alguno no podía leer, debido a su temprana edad, un compañero le leía. Luego, dibujaban una tapa y contratapa del libro elegido. Por último, en una actividad de construcción con bloques, trabajaron de forma conjunta en la planificación y ejecución de la tarea, escuchando las propuestas de sus compañeros y colaborando en el armado.

A partir de lo planteado por Claudia Bang, se concibe el taller de arte como un espacio donde las personas pueden relacionarse de manera simétrica con otros, favoreciendo la cohesión social e impactando en la mejor calidad de vida, vínculos y salud.

La identidad como elemento en la conformación de comunidad

En el año 2025 el eje temático de las actividades es la identidad. Si bien las propuestas se adecúan a distintos factores, como por ejemplo el climático o fechas patrias, se procura seguir una línea temática que las nucleee. La referente comenta:

“Para empezar, nosotros tuvimos una reunión a principio de año con la expectativa de este taller durante todo el ciclo de 2025 en el cual se nos ocurrieron miles de ideas: la que más recuerdo ahora es el tema que tiene que ver con el barrio, con su nombre, con hacer mapas, cómo elaborar un circuito de sentido de pertenencia, donde se identifiquen con sus cosas, sus objetos todo lo que los rodea, vínculo familiar, su cultura, de dónde vienen y demás” (R2)

“Creemos que es importante para el barrio entender qué pasa, de dónde vienen, quiénes son, cómo se identifican, que los identifica, qué pasa con lo exterior, que pasa con el mundo interior, por eso la importancia de que estas sean clases continuadas con dinámicas diferentes y técnicas variadas pero que haya una intención de ir por ese canal”. (R2)

En esta línea, el vínculo entre arte e identidad es planteado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina (2018a): “el arte constituye en un campo de conocimiento cuyos saberes son fundamentales para la

comprensión, interpretación, transformación de la realidad y construcción de la identidad propia y social” (p.29).

En relación con la construcción de identidad se observó, por ejemplo, en uno de los talleres, la creación de un mapa colectivo. En primer lugar, se indagó si los participantes conocían lo qué era un mapa y los diferentes tipos (conceptuales, búsqueda del tesoro, entre otros). Luego, cada uno realizó uno propio, con libre interpretación. Al finalizar, se colocaron todas las producciones en un pergamino largo y se unieron con hilo. Por último, los participantes recorrieron alrededor del pergamino observando la obra colectiva.

Según Krause Jacob la comunidad se compone de tres elementos: interrelación, cultura común y la pertenencia, esta última vinculada con la identidad. (Krause Jacob, M. 2001). En este sentido, se puede considerar que el trabajo sobre la identidad y la cultura compartida, junto a la promoción de los lazos sociales, permite que el taller contribuya a la construcción de la comunidad.

En las prácticas participativas, la participación y la constitución de lazos solidarios de los integrantes es fundamental y constituye un factor de salud mental, en contraposición a factores de riesgo que implicaría la individualidad y aislamiento de la época.

Claudia Bang conceptualiza al arte como un recurso que posibilita la transformación tanto del sujeto como de la comunidad, al propiciar un pasaje del decir al hacer. En ese proceso, se produce una transformación a nivel subjetivo, social y comunitario.

Asimismo, el arte y el juego permiten explorar otras alternativas a lo dado, configurándose en un espacio que favorezca al cambio social, considerando los tres niveles en los que tiene su efecto (Bang, C. 2012).

Al indagar sobre la creación del taller de arte, la referente señala:

“Había una necesidad más allá de apoyo escolar que fue la cabecera de este espacio en dar un apoyo a los chicos que tenga que ver con lo lúdico, creativo, algo extracurricular que no fuera solo aplicado a escuela, sino que puedan encontrar otro tinte en la diaria y a raíz de ahí el barrio estaba con esas necesidades en su momento, de explorar un taller más creativo y a partir de ahí se decidió abrir este taller.” (R2)

Se le preguntó si consideraba que seguía existiendo esa necesidad y respondió:

“Sí. Siempre está esa necesidad. Para todas las edades, pero por sobre todo para los niños creo que es muy especial porque son también las bases donde se desarrollan, se crean nuevas perspectivas, nuevos modos de ver el mundo, la vida, o cómo interpretan ellos su realidad. Creo que aporta otra visión, si bien el camino es largo y hay un montón de problemáticas y necesidades que pueden ser más o menos que el arte, pero esto siempre ayuda para que tengan otra forma de expresarse y ver las cosas” (R2)

A partir de la inclusión del arte y la expresión en sus vidas, los niños que concurren al taller cuentan con una herramienta de expresión al mismo tiempo que desarrollan vínculos, lo que contribuye al mejoramiento de la salud mental. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019) plantea la relevancia de la protección en la primera infancia y en la adolescencia, ya que se trata de etapas caracterizadas por profundas transformaciones. En la primera infancia, se establecen las primeras experiencias vinculares y la base del desarrollo integral.

Claudia Bang (2009) retoma la Declaración de Lima sobre arte, salud y desarrollo que sostiene que el arte es “...una poderosa herramienta promotora y reparadora de la salud, permitiendo a individuos y comunidades reelaborar situaciones críticas, dolorosas o problemáticas y promover mejores y más felices escenarios para sus vidas” (OPS, 2009 como se citó en Bang, 2012, p.73). En relación al vínculo entre arte y salud mental, la referente plantea:

“Yo pienso que el arte es muy terapéutico, es un hilo conductor que tiene mucho que ver con la salud mental. Creo que es una herramienta muy necesaria para la salud mental. que puede aportar mucho, porque en realidad como te decía: es una forma de comunicar. Entendiendo que el arte puede decir mucho, más allá de que no se utilicen las palabras sino otros medios, aporta mucho para uno: para sanar, para exteriorizar cosas que no pudo decir desde mucho tiempo(..) Y también para usar como catarsis. Acá vienen muchos pibes con energía: a veces los dejamos que corran, que generan también un poco esa expresión que necesitan sacar y creo que tiene que ver mucho eso con la salud mental.” (R2)

“Que cada niño se vaya con algo, al menos, con un aprendizaje(..) Que sea un espacio abierto de comunicación y expresión, que se sientan como en su casa, que se integren, que sientan que son amigos, que son tribu y poder colaborar con eso. Que se lleven algo a su casa, que los llene un poco, que les guste, encontrar de nuevo un despertar y quizás una pasión que tengan para el futuro, ayudarles a transitar ese camino”.
(R2)

Por otra parte, la autora conceptualiza a los eventos artísticos desarrollados en la vía pública y con la comunidad como rituales comunitarios, que se encuentran cargados afectivamente: “Este encuentro es vivido desde el placer por la comunidad que construye y comparte lazos, efecto saludable en sí mismo, constituyéndose en una acción de promoción de salud mental comunitaria” (Bang, 2012, p.73). En este sentido, se comparten las palabras de la referente respecto de cómo se muestra a la comunidad lo realizado en el taller:

“Suele ser a fin de año o cierre de año, solemos hacer una muestra de arte con todas las cosas que fuimos recaudando. (..) Años anteriores hemos hecho archivos que fueron parte de registros audiovisuales, de sonidos, de fotos, todo eso se integró en algo visual. Después tratamos de trabajar mucho con maquetas, con los ingenieros de maquetas del barrio o algún interés en común que tengan, pero se suele dar a fin de año” (R2).

La producción colectiva y el enlace con la comunidad permiten un fortalecimiento y un sentido de pertenencia. Asimismo, se puede conceptualizar a los cierres de año como un ritual de la comunidad que favorece la cohesión social y el encuentro con el otro, en tiempos de aislamiento. En esta práctica se pueden encontrar la participación activa de la comunidad y la constitución de lazos solidarios, lo que constituyen Indicadores de Salud Mental Comunitaria (Bang, 2012, p.70).

Impacto comunitario

El taller está enmarcado en una asociación que busca promover la construcción de comunidades. En Playón de Chacarita, se descubrió que los catalizadores para formar comunidad eran la educación, la salud y la infraestructura. Después de once años en el barrio, se consultó sobre la relación de la comunidad con los talleres, y su impacto:

“Yo creo que el impacto es positivo. De hecho, creo que lo que más es representativo o visible es el hecho de que los pibes siguen viniendo y eso

muestra que quizás es también un espacio de desarrollo, que los pibes eligen venir porque se sienten cómodos, tienen participación, tienen escucha, pueden venir a las clases y también buscar contención (..) charlar, hacer amigos”. (R2)

Perspectiva de derechos

La perspectiva de derechos es fundamental ya que, según la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, tanto la vulneración como la garantía de derechos constituyen determinantes de la salud mental, influyendo tanto en la aparición de padecimientos mentales como en la preservación de la salud (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.12). Al indagar sobre la perspectiva de derechos, sus dos referentes comentaron:

“Y después comprender que hay ciertos derechos, hay que ver qué palabra nuclea a todos, que le son inalienables a las personas y que nadie puede mirar para otro lado mientras que ese piso de derechos esté vulnerado”. (R1)

“Siempre, más allá de los derechos del niño y la Convención, siempre entendimos que los derechos de primera generación había otras organizaciones que estaban para resolverlo(..) la educación, el desarrollo personal, el crecimiento, para mí hay algo del progreso como persona: poder construir un camino de progreso es un elemento fundamental. Y ahí se engloba un montón de cosas. Y hoy la verdad es que sería muy difícil responderte (..) Pero te diría que hoy un poco todo, pero el principal derecho que trabajamos es el derecho al desarrollo individual en el marco de un desarrollo colectivo de una comunidad.” (R1)

“Yo creo que tratamos de tener siempre en cuenta todo, de brindarles un espacio que sea con estos derechos. Siento que es super importante y es lo que nos define como asociación: garantizar los derechos de los niños, que de hecho es nuestro perfil: nosotros apuntamos a dar talleres que tengan que ver con las niñeces e infancia, trabajamos mucho con ese volumen de edades y considerando eso es primordial garantizar.” (R2)

En la primera cita el referente recupera la dimensión individual entendida como intersubjetiva, en el marco de una comunidad. En este caso, debe considerarse las tres dimensiones presentes, en tanto las instituciones y políticas afectan al entramado social y al sujeto que se desarrolla en él.

Por otra parte, los talleres son un espacio de derechos que promueven el derecho a la alimentación, al ocio, al desarrollo personal, a la salud y a la participación en actividades. Asimismo, se producen acciones para promover una mejor calidad de vida.

Cuidado

En relación al taller de arte, la referente menciona:

“Creo que el lugar es de cuidado. Si tuviera que decir en una palabra diría cuidado”. (R2)

Esta cita es congruente con la definición de cuidado realizada por Paiva et al en tanto plantean

Si el Cuidado siempre nos va a exigir a nosotros, profesionales de salud, activistas, funcionarios y formuladores de políticas, una actitud de verdadera apertura al otro, con escucha atenta a sus peculiaridades, sensible a las necesidades, aspiraciones y valores, libre de prejuicios y moralismos, no podemos abstenernos de un activo y consecuente posicionamiento ético(..). (Paiva, V. et al, 2018, p.30)

Al respecto, se contempla cada subjetividad para realizar las actividades:

“Hay otros niños que tienen más perfil bajo, pero intentamos integrar a todos. Siempre respetando y cuidando que si un niño no quiere participar de algo o le da vergüenza o es introvertido, trabajar ahí con alguna profe que pueda estar al lado y saber qué necesita, qué quiere, con qué le gustaría trabajar, qué le gustaría decir o contar”. (R2)

El posicionamiento ético de los referentes, y de la asociación, se puede relacionar con la ética propuesta por la psicología comunitaria: es la comunidad quien tiene el saber y los recursos, al mismo tiempo que es necesario luchar de manera solidaria por el cumplimiento y acceso de los derechos que se ven vulnerados.

En esta línea, al ser indagado sobre los principios que guían la asociación, el referente comentó:

R1: *“Solidaridad, comunidad, conciencia del otro, valorar lo colectivo, creo que amistad: hay muy buena onda entre la gente. Y después comprender que hay ciertos derechos, hay que ver qué palabra nuclea a todos, que le son inalienables a las personas y que nadie puede mirar para otro lado mientras que ese piso de derechos esté vulnerado(..)”*

Y sobre los pilares que sostienen el trabajo de la asociación:

R1: *“territorialidad (..) eso junto con profesionalidad y gestión justamente para tratar de romper esta dicotomía que decíamos entre capilaridad e institucionalidad. Creo que eso. Método, gestión, profesionalidad en el barrio”.*

A lo largo de los meses, se observó, a partir del número de profesores voluntarios, que es posible brindar una atención casi particular a cada niño que asiste. Esa disposición favorece el cuidado. Lo observado coincide con lo relatado por los referentes:

“A mí siempre me gusta intentar - es muy difícil esto- que lo que hacemos sea de primer nivel. (..) Nuestro programa educativo tiene un esquema en el que nunca puede haber más de 4 chicos por profe. Si hay 2, mejor. Es de primera línea(..)” (R1)

“Están al lado de cada niño que necesita y saben explicar la temática de manera más práctica o fácil”. (R2)

“Proporcionarles un espacio que tenga que ver con el arte, pero más también no con una pregunta definida, sino con lo que ellos tengan para decir e ir alineados a ese proyecto, interés o idea. Quizás no trabajar tanto en grupalidad (..) sino que sea algo un espacio con otra atención y escucha(..) La idea es que sea un poco más personalizado, que podamos canalizar con estas edades cuáles son las necesidades, pero ir uno por uno. Y a partir de ahí ver cómo funciona. Mi meta particular va por ahí; ver de qué manera podemos enganchar a ese pibe que necesita decir algo y no sabe qué ni cómo”. (R2)

Parte III: Abordaje de los factores de riesgo de la salud

La promoción de la salud está relacionada a los factores protectores de la misma, comprendiendo que al fortalecerlos se disminuye la posibilidad de desarrollar algún padecimiento o enfermedad.

Dentro de las estrategias de promoción de la salud, en sentido amplio, se encuentran las estrategias de prevención, que tienen como objetivo disminuir la probabilidad de que el evento de salud ocurra, su duración, recurrencia, secuelas o impacto, en la persona o su entorno (OMS, 2004).

Según la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, se define a la prevención primaria como estrategias adoptadas para:

Suprimir los factores de riesgo y/o brindar medidas de protección específicas ante patologías reconocidas. La meta de los programas de prevención primaria consiste en llegar a la mayor cantidad posible de grupos de población vulnerable que están en riesgo de sufrir un daño determinado (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019, p.36).

Para llevar a cabo las estrategias de prevención, se identifican los factores de riesgo. En esta población en particular, se observaron la pobreza, exclusión social, desventaja educativa y cuestiones edilicias. En relación a este último, se identifican las obras que realizaron en infraestructura, tanto en la urbanización del barrio como otros proyectos. Por ejemplo, una cancha de básquet inaugurada hace meses:

“La ciudad nos cedió el terreno para que hagamos la obra y hoy pertenece a la ciudad, por tanto, a todos los vecinos”. (R1)

En tanto la actividad física y el acceso a espacios públicos son considerados un factor protector de la salud y un elemento dentro de un entorno saludable, se considera a esta construcción como una política que atañe a la salud integral.

La pobreza como determinante de la salud e inequidad en atención

La pobreza es un factor de riesgo para el padecimiento mental y, simultáneamente, un determinante social de la salud en tanto limita el acceso al tratamiento, lo que genera una brecha en la atención, que se calcula de un 65,7%

en trastornos de salud mental moderados a graves en la Región de las Américas (OMS & OPS, 2023, p. 3). En este acceso desigual al sistema de atención, no se presenta una continuidad en los cuidados, lo que obstaculiza el acceso y detección temprana de problemáticas de salud. El referente menciona campañas que apuntaron a esta discontinuidad:

“Hay algo que alguna vez nosotros intentamos lograr que era que las personas en los barrios se atienden en guardia. Es muy raro que tengan un clínico, una historia médica, etcétera. Por lo general, la salud que la gente de clase media interpretamos como un acompañamiento de proceso de salud, mejor o peor, tengo un médico, me hago chequeos(..)Muy distinto en los barrios donde vas, hasta que se rompe; cuando se rompe, te tratan en guardia y a lo sumo te operan en el momento, nunca hay una conexión. Nosotros intentamos construir una integralidad o de abordaje de «podemos hacer algo planificado en tu salud, algo en lo que sea más allá de un problema». Nosotros tratamos de construirlo, es muy difícil. Terminan resolviendo problemas, muchas veces vinculados con esa misma dinámica” (R1)

“En un momento habíamos analizado que la cantidad de mujeres que se hacían los controles básicos (por ejemplo, el PAP) creo que el promedio daba un control cada seis años; más o menos te daba cuando cruzabas los números con que los controles los hacían cuando tenían hijos, no había otros. Entonces fue como «bueno, hagamos un programa y que vengan acá a hacerse los paps». armamos un consultorio y lo hicimos, funcionó bárbaro” (R1)

“Tengo un recuerdo, de esos primeros tiempos(..) recuerdo que era un pasillo donde levantamos una pared, un consultorio odontológico triple, con una universidad. Vinieron creo que 150 personas a atenderse(..) Me acuerdo que llovía muchísimo y la fila, bueno, este era el pasillo, se entraba por la esquina y al final daba toda la vuelta, y salía al barrio y salía por la manzana y caminaban todo hasta Palpa con paraguas.” (R1)

A pesar del trabajo realizado para reducir la inequidad en salud, sigue habiendo una diferencia según estatus económico que, al mismo tiempo, se traduce en una mayor vulnerabilidad, tanto para enfermar como para el acceso a su tratamiento.

La exclusión social: derecho a la ciudad y el proyecto de felicidad

El derecho a la ciudad se encuentra expresado en el artículo 1 de la Ley n° 5799 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: “Reurbanización e Integración sociourbana del barrio denominado "Playón Chacarita". El referente lo menciona, en relación a la exclusión:

“Esta idea del derecho a la ciudad, es algo que está muy instaurado, y cuando las personas de los barrios populares reciben mucho rechazo por parte de quienes sienten que tienen derecho a la ciudad frente a los que sienten que no la tienen”. (R1)

Se puede considerar que, a partir de la participación y ejercicio de la ciudadanía, tanto en la comisión directiva como en la participación del proyecto de ley de urbanización realizada en 2017, se intenta contrarrestar el “no derecho a la ciudad”, comentado por el referente. Al mismo tiempo, se llevan a cabo acciones que tienen como objetivo deshacer esta distancia entre el barrio y la ciudad. Por ejemplo, los niños, niñas y adolescentes fueron a la feria del Libro y participaron de un programa radial.

Al pensar en la calidad de vida es fundamental considerar una sociedad integrada. Este planteo se alinea con el desarrollo de Paiva sobre “el proyecto de felicidad”, definido como “es ese «sentirse en casa» en el constante desacomodarse y reacomodarse que implica el estar vivo e integrado en la polis, con sus dolores y delicias” (Paiva et al, 2018, p.30). En este estar integrado en la polis, se puede pensar los conflictos intersubjetivos que provocó el surgimiento del barrio popular en sus comienzos y, cómo, a partir de la construcción de comunidad se intenta romper la exclusión (Paiva, V. 2017). Esta construcción de proyectos de felicidad está alineada con la horizontalidad y la práctica comunitaria en tanto:

No significa asumir una postura relativista de “hacer lo que es bueno para el otro”, sino “comprender con el otro lo que es bueno hacer”; construir

con el otro un suelo común, una comprensión mutua que lleva no necesariamente al acuerdo(..). (Paiva et al, 2018, p.32)

Desventaja educativa: apoyo escolar

Por otra parte, desde la asociación se brinda el taller de apoyo escolar, con frecuencia semanal, que se orienta a disminuir la desigualdad educativa, fenómeno que se relaciona con la pobreza y la inequidad. Al mismo tiempo, la repitencia y abandono escolar pueden conducir a una mayor exclusión social, en una relación bidireccional. En este sentido, resulta fundamental la evidencia que indica la relación entre el nivel educativo y la salud mental: “abandonar la escuela a una edad más temprana, menos años de educación formal y tener un nivel educativo más bajo se asocian con una peor salud mental futura y un mayor riesgo de suicidio” (Kirbride, 2024, t. 61).

En tanto brindan un método educativo de calidad, con profesores de manera casi personalizada, intentan reducir la desventaja educativa, actuando también sobre la exclusión social y las posibilidades de desarrollo.

Parte IV: La interdisciplina y la intersectorialidad como principios que rigen la promoción de la salud

La asociación civil y sus talleres pueden enmarcarse dentro del enfoque comunitario en salud, basado en el modelo de atención primaria de la salud y el modelo de promoción de la salud, así como en los principios de interdisciplinariedad e intersectorialidad.

Interdisciplina

La interdisciplina es la integración de saberes, métodos y teorías entre profesionales, técnicos, agentes de salud y/o recursos no convencionales. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018a, p.35). En la Asociación Civil Tejiendo el Barrio, se puede pensar que todos los voluntarios, trabajadores y profesores son recursos humanos no convencionales, en tanto no pertenecen al ámbito sanitario. Por ejemplo, los referentes del barrio. Esta integración entre saberes académicos y no académicos permite una mejor resolución de los

problemas comunitarios. Al mismo tiempo, todos los miembros de la asociación detectan factores de riesgo y situaciones problemáticas.

En las citas que siguen a continuación, los referentes refieren la complejidad de las problemáticas actuales y la necesidad de la interdisciplina para su abordaje:

“Fundamental porque como nosotros trabajamos los problemas de la comunidad, son problemas interdisciplinarios. Vos puedes tener un super programa educativo, muy bien trabajo los contenidos, pero te vas a chocar con problemas que el mejor de los educadores no tiene los recursos o herramientas para resolverlo y vas a tener que tener otras visiones, otras posiciones y otros enfoques de abordaje que aplicar, así que sin eso te vas a chocar con la realidad (..) No tener interdisciplinariedad te quita plasticidad” (R1).

“Yo creo que está bueno(..) Siento armonía y que cada uno tiene algo para aportar distinto, que hay una mirada en cada niño, hay mucha atención y dedicación. La verdad es que está bueno eso y hay personalidades super diferentes. Tenemos profes que están al lado de cada niño que necesita y saben explicar la temática de manera más práctica o fácil. Es super diverso y funciona super bien. Es bastante organizado y tenemos mucho para aportar, porque somos varias, entonces abrimos el juego a que todas podamos poner una idea que sea diferente a la otra y considerarla, pero intentar tener un hilo conductor que tenga que ver, o que tenga una relación, por lo menos en una clase”. (R2)

A partir de la observación, lo dicho por los referentes se sustenta en los hechos. Hay espacios, especialmente al terminar la actividad, en los que se plantea el resultado de lo propuesto y si surgió alguna problemática. En caso de que así haya sido, se comienzan a buscar soluciones de manera horizontal: todas las personas que conforman el equipo aportan su saber. En relación a los saberes, no hay jerarquía, pero sí diversidad:

“En relación a las profesiones, no las sé todas. La mayoría de las voluntarias tienen profesiones o formaciones muy variadas: psicología, arte, audiovisual, poética, música, comunicación, educadores y estudiantes” (R2).

En las citas que siguen a continuación, se puede observar el trabajo en los equipos de voluntarios que funcionan como agentes que promueven la salud. Al mismo tiempo, se desprende un espacio de intercambio y análisis de los problemas, lo que se manifiesta como un espacio interdisciplinario, que incluye saberes formales y no formales:

“Se detecta, a veces algunos problemas tenemos un recursero más o menos armado. (..) Y después hay cosas que se detectan y salimos todos a ver cómo resolver, por ejemplo, ¿alguien conoce a un psicopedagogo que pueda atender este problema? A veces aparecen y a veces no. Pero los mismos profesores ya están formados para detectar problemas y de ahí construir alguna o algo parecido a una solución”. (R1)

“Cuando eso pasa, intentamos elevar el problema o la situación, contarlo al equipo de profes y determinar cómo encararlo. Ha pasado casos sobre todo que tienen que ver con cuestiones de conducta o aprendizaje. Hemos abordado una instancia donde vino una psicopedagoga que trabaja en una escuela, no me acuerdo porque fue hace un tiempo atrás, pero nos brindó su experiencia, su material como para que nosotros en el lado práctico podamos llevarlo a cabo. Y está el lado de la conducta que es el lado más difícil, se pudo trabajar muy poco a poco y logramos una mejora. Se articula entre los profes, es una cuestión muy puntual que aparece. (..) Se piensa entre todos, se consensua y se define cuál es la mejor manera de ayudarlos.” (R2)

Intersectorialidad.

En cuanto al abordaje de las distintas situaciones que atraviesa el barrio, Tejiendo el Barrio tiene una visión intersectorial, en tanto se encuentra articulada con distintas instituciones. La asociación trabajó por muchos años con el estado nacional y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, si bien el referente comenta que actualmente esa colaboración no se encuentra vigente:

“Con Ciudad hemos hecho cosas con el gobierno, como con los gobiernos nacionales, este es nuestro cuarto gobierno nacional (..) todo eso se cortó. Hoy no hay nada. Y con el Gobierno de la Ciudad hemos tenido algunas

cosas; hoy tampoco tenemos nada. Pero también en parte por una decisión nuestra; un diagnóstico nuestro en 2022, es que se venía un escenario de mucha complejidad para las organizaciones sociales y nosotros hicimos una migración que salió muy bien, antes era un esquema mixto: parte de financiamiento público y parte de financiamiento privada. Hicimos una migración a todo financiamiento privado” (R1)

En medio de la crisis económica y social que atraviesa la Argentina, la intersectorialidad se ve afectada. A pesar de ello, la asociación ha logrado sostenerse y continuar su trabajo, a partir de recursos provenientes del sector privado y del trabajo voluntario:

“Uno de los grandes combustibles que tenemos es el trabajo voluntario, que no es cuantificable económico, pero si hubiese que cuantificar es un monto impagable”. (R1)

Esto, sin embargo, no redundo en una mejor calidad de vida de las personas. Las organizaciones que conformaban parte del tejido social del barrio cerraron a partir de no recibir subsidios o alimentos. Así lo plantea el referente:

“Nunca estuvimos tan lejos de satisfacer sus necesidades(..) Hay un tema de oferta y demanda, antes había muchas organizaciones ofreciendo y una demanda más o menos estandarizada: hoy esa demanda subió, nosotros sobrevivimos, el resto de la oferta se rompió, se rompió todo, quedó muy poco (...) a la gente que nos viene le fue peor y nosotros estamos más lejos de cumplir nuestro objetivo. La única realidad es que haya otras organizaciones que hagan cosas parecidas a las nuestra, es fundamental. Nosotros necesitamos que haya la mayor cantidad de organizaciones para intentar generar algo más o menos estable que le pueda dar a la gente la posibilidad de darle algo de progreso en su vida” (R1)

En este marco, la intersectorialidad enfrenta grandes desafíos en relación a otras instituciones y el estado. Sin embargo, la asociación, con un fuerte impacto en la comunidad, logra intervenir, principalmente a partir de su armado institucional:

“Nosotros intentamos vincularnos con todos los que podemos. Una de las grandes ventajas de la forma en que nosotros construimos que es no

como una organización partidaria, no como una organización religiosa, somos lo que somos, con ciertas libertades, nos permite hablar con todos”.

“poder traer instituciones y organizaciones al barrio, como las universidades, las empresas que aportan a nuestra organización y vienen acá. Somos muy reales y por otro lado hablamos el mismo idioma de personas formadas y académicas (..) No solamente con lo que es afuera, sino también con lo que es adentro fundamental. Si nosotros podemos salvar que uno de los comedores no cierre, hay que jugar ahí” (R1)

Paiva plantea en “La villa Playón de Chacarita: surgimiento y expansión, conflictos entre viejos y nuevos vecinos” que las “organizaciones “intermedias”, como comedores e instituciones de asistencia, mejoraban calidad de vida de los habitantes (Paiva, V. 2017, p.132). Esta información, en consonancia con lo dicho por el referente, resulta relevante para el presente trabajo en tanto el cierre de las organizaciones repercute de manera negativa, empeorando la calidad de vida. Al mismo tiempo, estas organizaciones resolvían necesidades de primera línea que ahora no se encuentran resueltas, lo que supera la posibilidad de acción de la asociación:

“Hay momentos donde es más fácil y momentos donde el más difícil. Hoy está todo roto, es imposible. Cada vez que viene alguien es como: che, seguramente no te pueda ayudar.” (R1)

Por otra parte, persiste la articulación con organizaciones no gubernamentales, universidades y centros de salud comunitaria. La referente comenta:

“(..) Trabajar solos no es una opción hoy día. Cuanta más conexión tengamos con el resto de los actores, más implicancia vamos a tener en el barrio en general como para aportarle algo más a los vecinos” (R2)

“Hay actores que hace años que nos acompañan(..) que en algunos momentos quizás vienen como invitados o en momentos de necesidades aparecen. Después tuvimos con universidades, con centros de salud comunitario del barrio hemos tenido charlas también(..)Y empresas que a veces aportan(..)”(R2)

Por otra parte, para abordar problemáticas vinculadas al padecimiento psíquico, se realizaron convenios con instituciones específicas de atención en salud mental. Por ejemplo, el referente comenta que en pandemia sostuvieron una línea telefónica de atención. (R1)

Si bien los referentes coinciden en los desafíos que presenta lo intersectorial actualmente, la referente de arte comenta que el barrio tiene activos como el deporte, que funciona como espacio comunitario:

“Lo bueno que noto en el barrio es que hay mucha presencia en materia de deportes; muchos chicos se van a jugar a la pelota, básquet, fútbol, eso es genial para la comunidad. Una fuente necesaria para expresarse” (R2).

Puede reconocerse la existencia de otros espacios comunitarios —entre ellos, aquellos desarrollados por la asociación en articulación con el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires— como activos en salud, en tanto han sido construidos por la propia comunidad y contribuyen al bienestar colectivo. Se puede incluir dentro de un mapeo de activos para la salud, definido como “la identificación de las riquezas y los recursos de la comunidad que generan salud entre sus integrantes a través de un proceso participativo y centrado en lo que nos hace estar sanos” (Hernán et al cómo se citó en García et al., 2018). Un ejemplo de activos que pudieran formar parte de un mapeo es la construcción de la cancha de básquet, realizada con la asociación junto al Gobierno de la Ciudad. Esta acción se enmarca dentro de otras iniciativas de articulación público-privada que han desarrollado a lo largo de diez años, con la participación de la comunidad.

Conclusiones

Este trabajo surgió de dos ideas: la noción de salud integral y el rol de la comunidad como un factor protector. La práctica, analizada a la luz de los desarrollos teóricos expuestos a lo largo del trabajo, permitió observar cómo la participación y la conformación de vínculos solidarios son indicadores de salud mental comunitaria.

El taller de arte, entendido como una práctica participativa, produce un impacto comunitario que se traduce en su fortalecimiento, a partir de la construcción de vínculos sociales y su transformación en agente activo que puede producir cambios en su realidad social. En la dimensión individual, siempre comprendida como intersubjetiva, los participantes encuentran en el taller de arte un espacio de escucha, de formación de vínculos, de expresión, de consolidación de una identidad, de cuidado y desarrollo personal en tanto es un espacio casi personalizado en el que pueden desplegar sus potencialidades. Dentro de la asociación, cobran importancia otros saberes, no disciplinares o no académicos, relacionados a la comunidad, el barrio, la ciudad y las necesidades.

En el trabajo de la asociación civil realizado en Playón de Chacarita, se encontraron los principios de territorialidad, institucionalidad, profesionalidad, participación, empoderamiento y enfoque de derechos, que tienen como objetivo promover el cumplimiento de los mismos, perspectiva íntimamente relacionada al modelo de vulnerabilidad y de promoción de la salud. En esta línea, la asociación tiene como objetivo lograr la máxima calidad en sus prácticas, intentando reducir la desigualdad e inequidad en el acceso, considerando los determinantes sociales de la salud. Al respecto, se observó planificación, materiales y una gran cantidad de voluntarios. Si bien se encuentran factores protectores individuales, la comunidad y el espacio actúan como un factor protector de salud mental en tanto hay lazo social y escucha. Asimismo, permitió el acceso a prácticas que por la inequidad en salud no se accedían.

Todo el trabajo realizado por la asociación busca actuar en sentido contrario a los efectos de una crisis económica y social, que atraviesa la comunidad y produce desintegración del tejido social. Al mismo tiempo, la intersectorialidad se ve afectada, lo que produce un gran desafío a la asociación que, si bien logra sostenerse, presenta un caudal de demandas mucho mayor. Asimismo, se

agravan problemáticas ya existentes en relación a la salud mental y el desempleo.

En cuanto a los desafíos observados y planteados por los referentes, se encontraron: dificultades en la epidemiología, debido a que la demanda no permite la medición del impacto de las medidas y la convocatoria a los adolescentes del barrio.

Este trabajo es de alcance limitado en tanto se realizó en una única comunidad de la asociación, en un barrio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, urbanizado. Debido a la falta de investigación en la materia, resulta fundamental poder replicar este trabajo en otros espacios de salud mental comunitaria, en otros barrios y en otras ciudades. Es relevante hacerlo ya que la Argentina ha adoptado los principios de la atención primaria y modelo de promoción y prevención de la salud. En esa línea, las prácticas comunitarias inciden y permiten realizar una detección temprana de problemáticas. Asimismo, sería fundamental contar con datos epidemiológicos actualizados sobre la incidencia, prevalencia y brecha en el sistema de atención en Argentina.

Bibliografía

Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407.

Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, 16, 71-80.

Bang, C. (2012). Arte y juego en prácticas comunitarias de promoción de salud mental: Cuando la creatividad da respuestas. *Revista Argentina de Psicología (RAP)*, (51).

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/197772/CONICET_Digital_Nro.10e0274f-f956-4ae9-ae7b-c33926a5ac2e_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Bang, Claudia (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.

<https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>

Bang, C. (2018). Promoción de salud mental y prácticas participativas de arte, creatividad y juego: Un estudio de caso. *Salud Mental y Comunidad*, 5(5), 36-54.

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/825_rol_psicologo/material/descargas/unidad_1/obligatoria/bang_salud_mental.pdf

Boniolo, P., & Najmias, C. (2018). Abandono y rezago escolar en Argentina: una mirada desde las clases sociales. *Tempo Social*, 30, 217-247

Universal de Derechos Humanos

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/derechoshumanos_publicaciones_colecciondebolsillo_03_declaracion_universal_ddhh.pdf

de Lellis, M. (2015). Herramientas de planificación en salud pública. En M. de Lellis (Comp.), *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Editorial Nuevos Tiempos.

de Lellis, M., Interlandi, C., & Martino, S. (2015). Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. En M. de Lellis (Comp.), *Perspectivas en salud pública y salud mental* Editorial Nuevos Tiempos.

Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). (2025, 28 de marzo). Condiciones de vida en la Ciudad de Buenos Aires: indigencia y pobreza por ingresos y estratificación. 4to trimestre de 2024. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2025/03/ir_2025_1938.pdf

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018a). Arte y salud mental. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Recuperado de: <https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento222.pdf>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina. (2018b). Equipo de abordaje psicosocial Ministerio de Salud. Recuperado de <https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento223.pdf>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina. (2019). Recomendaciones y conceptualizaciones sobre salud mental infanto–juvenil. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Recuperado de <https://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Recomendaciones-conceptualizaciones-salud-mental-infanto-juvenil.pdf>

Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.). (1999). Código de Ética. <https://fepra.org.ar/codigo-de-etica/>

Filho, N. A. de A., & Rouquayrol, M. Z. (2008). Introducción a la epidemiología (1ª ed.). Lugar Editorial.

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2017). Ley 5799/2017 (Reurbanización – Playón Chacarita). *Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires*. Recuperado de <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/357433>

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2024, 18 de septiembre). Informe de actualización anual | Ciudad de Buenos Aires. S&P Global Ratings. [https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2024-](https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/202409/InformeS%26P_Global_EscalaNacional-18.09.2024.pdf)

09/InformeS%26P_Global_EscalaNacional-18.09.2024.pdf

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (s.f.). Playón de Chacarita. Instituto de Vivienda. <https://buenosaires.gob.ar/institutodevivienda/integracion-de-losbarrios/playon-de-chacarita>

Hernán García, M., Cardo Miota, A., Barranco Tirado, J. F., Belda Grindley, C., Páez Muñoz, E., Rodríguez Gómez, S., & Lafuente Robles, N. (2018). Salud comunitaria basada en activos. Escuela Andaluza de Salud Pública. https://www.easp.es/wpcontent/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_SaludComunitariaActivos-FUM-05-12-18.pdf

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6ª ed.). McGraw-Hill Education.

INDEC. (2025). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos* [Informe de prensa]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_03_252282A_E14D2.pdf

Instituto de Vivienda de la Ciudad. (2016). Censo Playón Chacarita. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<https://vivienda.buenosaires.gob.ar/censo-playon-chacarita>

Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90.

<https://doi.org/10.1002/wps.21160>

Lapalma, A. I. (2022). Niveles múltiples en los procesos de intervención comunitaria. En A. Zambrano Constanzo & H. Berroeta Torres (Comps.), *Teoría y práctica de la acción comunitaria: Aportes desde la psicología comunitaria* (pp. 73–93). Ril.

LEY 26.061 DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000114999/110778/norma.htm>

Ley 26.378. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000144999/141317/norma.htm>

Ley N.º 26.657 Nacional de Salud Mental (2010). Recuperado de
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000179999/175977/norma.html>

Ley N.º 23.849 CONVENCION INTERNACIONAL DERECHOS DEL NIÑO.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>

Lodieu, M. T., Longo, R., Nabergoi, M., & Sopransi, M. B. (2012). *Diagnóstico comunitario y modalidades de intervención comunitaria* (Tema 9, Unidad 2, Módulo 1). En E. Galende (Coord. Gral.), *Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria y Estrategias Comunitarias* [Material de cátedra]. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/786_psicologo_en centros/material/diagnostico_comunitario.pdf

M. Montero (2004) *Introducción a la psicología comunitaria*. Paidós.

Mario Testa, "Atención ¿primaria o primitiva? de salud", *Pensar en Salud*, Bs. As., Lugar Editorial, 1996.

Marx, W., Manger, S. H., Blencowe, M., Murray, G., Ho, F. Y., Lawn, S., Blumenthal, J. A., Schuch, F., Stubbs, B., Ruusunen, A., Desyibelew, H. D., Dinan, T. G., Jacka, F., Ravindran, A., Berk, M., & O'Neil, A. (2023). Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder: World Federation of Societies for Biological Psychiatry (WFSBP) and Australasian Society of Lifestyle Medicine (ASLM) taskforce. *World Journal of Biological Psychiatry*, 24(5), 333–386.
<https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2112074>

Milanese, E. (2016) *Tratamiento comunitario*. Tercera edición.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, & Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. Organización Mundial de la Salud.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá. Recuperado de <https://isg.org.ar/wpcontent/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1998). Glosario de promoción de la salud https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.Pdf

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. (2019). ¿Cuál es la evidencia sobre el papel de las artes en la mejora de la salud y el bienestar? Una revisión exploratoria [Informe]. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054553>

Organización Mundial de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final (WHO/IER/CSDH/08.1). OMS. Recuperado de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1/

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1978). Declaración de AlmaAta. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Organización Mundial de la Salud (OMS) & Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la Región de las Américas (CD60/9)*. Washington, D.C.: OPS. <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-06/cd60-9-s-estrategia-saludmental-prevencion-suicidio.pdf>

PAIVA, V. (2017). La villa Playón de Chacarita: surgimiento y expansión, conflictos entre viejos y nuevos vecinos. Martín Boy y Mariano Perelman (comps.): Fronteras en la ciudad:(Re) producción de desigualdades y conflictos urbanos. Buenos Aires: Teseo, 129-146. <https://www.teseopress.com/fronterasenlaciudad/chapter/la-villa-playon-dechacarita-surgimiento-y-expansion-conflictos-entre-nuevos-y-viejos-vecinospoliticas-publicas-ciudad-autonoma-de-buenos-aires-2000-2015/>

Paiva, V., Ayres, J. R., Capriati, A. J., Amuchástegui, A., & Pecheny, M. M. (2018). Prevención, promoción y cuidado: Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos. Teseo.

Pinto, A. C. S., Luna, I. T., Sivla, A. D. A., Pinheiro, P. N. D. C., Braga, V. A. B., & Souza, Â. M. A. E. (2014). Risk factors associated with mental health issues in adolescents: a integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(03), 555-564. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300022>

Prilleltensky, I. (2004). Prólogo: Validez psicopolítica: el próximo reto para la psicología comunitaria. En M. Montero, *Introducción a la psicología comunitaria* (pp. 5-14). Paidós.

Purgato, M., Prina, E., Ceccarelli, C., Cadorin, C., Abdulmalik, J. O., Amaddeo, F., Arcari, L., Churchill, R., Jordans, M. J., Lund, C., Papola, D., Uphoff, E., van Ginneken, N., Tol, W. A., & Barbui, C. (2023). Primary-level and community worker interventions for the prevention of mental disorders and the promotion of well-being in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD014722. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014722.pub2>

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>

Schvarstein, L. (2003). *Psicología de las organizaciones*. Buenos Aires: Paidós.

Sopransi, M. B. (2011). Criticidad y relación: dimensiones necesarias de la ética en la Psicología Comunitaria. *Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva*, 113-120.

Ulloa, F. (1969). *Psicología de las instituciones: una aproximación psicoanalítica*. Revista APA, t. xxvi, Buenos Aires.

Vasilachis de Gialdino, I. (coord.). (2017). *Estrategias de investigación cualitativa* [PDF]. FAMG. <https://www.famg.org.ar/documentos/herramientas-investigacion/03-investigacion-cualitativa-Vasilachis-2017.pdf>

Anexo

Previamente a realizar las entrevistas, se procedió a firmar el consentimiento informado, en el que se garantiza la confidencialidad y anonimato. Asimismo, fueron modificados todos los nombres que pudieran permitir la identificación de los entrevistados. Se abrevió Tejiendo el Barrio por la sigla TEB.

Si bien las entrevistas fueron desgrabadas en su totalidad, en el presente trabajo solo se incluyen los fragmentos pertinentes para el análisis.

Entrevista a R1:

Se procedió a firmar el consentimiento informado y explicarle el motivo de esta entrevista. Posteriormente, se comenzó con la entrevista, realizada el 29/05/2025 en la Asociación Civil Tejiendo El Barrio, ubicada en Playón de Chacarita. TEB será la abreviación de la asociación civil. Previamente a realizar las entrevistas, se procedió a firmar el consentimiento informado, en el que se garantiza la confidencialidad y anonimato. Asimismo, fueron modificados todos los nombres que pudieran permitir la identificación de los entrevistados.

La entrevistadora llevará la letra E y el referente la letra R:

- E: Quisiera que me cuentes sobre la asociación civil. ¿Cómo se creó? ¿Cuándo? ¿Cómo surgió el proyecto?
- R: Más o menos para el año 2014, varias personas que veníamos de distintos orígenes, gente que venía de laburo social, voluntariado, gente que venía de la política, gente que venía del trabajo social de la iglesia, empezamos a tener una coincidencia en un diagnóstico que era que el boom de participación, activismo, que estaba habiendo en la sociedad, que pegaba en todos los frentes (.). Era un boom de la participación y el diagnóstico que empezamos a hacer muchos que veníamos de experiencias distintas era: este boom de participación que es cíclico, tocó su punto más alto y ahora viene una ola negativa, viene algo bajo. Y las discusiones que teníamos hacia adentro de nuestras organizaciones era “nuestro principal activo es la cantidad de gente que somos, cuando nos

agarre la onda negativa se va a destruir lo que venimos construyendo”. Y entonces el diagnóstico era que había que institucionalizar el trabajo bajo la premisa de que “lo único que vence al tiempo, es la institución”. Esa discusión la veníamos dando en nuestras organizaciones políticas, sociales, en las parroquias y todos los que estábamos en ese diagnóstico habíamos perdido esas discusiones. Y eso hizo que nos unamos con un diagnóstico común: había que construir una organización, con un clivaje bien popular, bien instaurado en el territorio, pero que tenga un desarrollo institucional potente. También entendiendo que hay una máxima donde la institucionalidad y la capilaridad, es decir la llegada territorial que tienen las organizaciones, es inversamente proporcional(..) Un poco entendiendo que lo urgente mata lo importante y cuando vos tenés incendios - literales y metafóricos- personas que se quedan sin casa, que se les inunda el fondo, que se les rompe la chapa, personas que no comen, poco tiempo tenés para ver que tu balance este certificado correctamente. Entonces lo que hicimos todo este grupo de gente que la veníamos viendo parecido fue: construyamos una organización, con un basamento territorial muy fuerte, bien desde el barrio pero que institucionalmente está para cotizar en Wall Street. Y ahí surge en 2014 TEB.

- E: Se creó a partir del conjunto de personas que provenían de distintos lugares en 2014, pero ¿cuál fue la primera comunidad?

R: La primera comunidad es el barrio en el que estamos, Playón de Chacarita. No en el espacio donde estamos, que es donde ya estamos hace 10 años. El primer intento fue en otra casa. Empezamos un emprendimiento bastante interesante con una vecina(..) empezamos a laburar un espacio (..) hicimos algunas actividades que salieron muy bien pero después nos encontramos, con que la vecina estaba acostumbrada a una dinámica de construcción muy emparentada a las dinámicas de organizaciones piqueteras (...) Nosotros teníamos la idea de hacer algo distinto, otra forma de acumulación, otra forma de construcción y no nos pusimos de acuerdo y antes de que la cosa avance y llegemos a una

tensión, decidimos decir “todo bien, te dejamos el lugar acondicionado, pero nosotros vamos a armar algo distinto”. Y ahí fue que llegamos a este espacio que era muy distinto a como es ahora: que es un patio donde se ven las estrellas. Era la casa de una vecina y dónde están ahora muchos chicos en el taller era la casa de otro vecino. Eran todas casas construidas y todo esto era cemento y ahora estoy tocando una pared donde antes era un pasillo y esa pared construimos, levantamos la pared y el pasillo lo convertimos en un aula y esa aula se convirtió en el primer espacio de TEB que se llamaba “aula taller Tejiendo el barrio”.

E: Entonces, acá empezó a funcionar con la gente del barrio en 2014, ¿pero en esta sede en 2015?

R: Sí, creo que acertado en decir eso.

E: ¿Hay espacios de interacción con las otras comunidades?

R: Sí, no es fácil, intentamos hacerlo. TEB tiene un método que está muy emparentado al objetivo, hay organizaciones que te dicen “nosotros trabajamos por la educación”, “nosotros trabajamos por la salud, nosotros trabajamos por el deporte”. Nosotros trabajamos para que se creen comunidades. Nuestro diagnóstico es que hay un tejido social que está roto, que cada vez está más roto, y que es el elemento central para el progreso en cualquier lugar. Nadie puede progresar en forma individual si no hay una comunidad en la cual apoyarse. Cuanto más fácil haya sido tu infancia, cuanto más fuerte sean tus vínculos, tu red familiar, amigos, instituciones y demás, menos vas a necesitar de la comunidad del barrio en que vivís, cuanto menos presente haya estado todo eso en tu vida más necesitas una comunidad sólida sobre la cual asentar tu crecimiento. Entonces lo que hacemos es que apostamos a que se creen comunidades y eso hace que tengamos un método que se llama el método Tejiendo. El objetivo que tiene es que se cree la comunidad y la comunidad se crea a partir de un catalizador que es básicamente, ¿qué actividad o acción hace que en este barrio un grupo de vecinos quiera empezar a juntarse para hacer cosas? Y una vez que se encuentra ese catalizador, y se empieza

a trabajar, los vecinos empiezan a juntarse, construyen la comunidad y después es la misma comunidad la que marca el pulso de las necesidades. Por ejemplo, en este barrio era la educación y la salud, que fue migrando, pero esencialmente fueron esos. En “La Carbonilla” que está a 15 cuadras, que es otra villa de la ciudad, es el deporte. En el barrio “La Esperanza” es la producción y es también la intervención urbana. Cada comunidad tiene un enfoque distinto, entonces muchas veces es complicado porque no es “bueno, vamos con este programa de educación a otro barrio”. Pero sí lo que tratamos de hacer es que a los vecinos que empiezan a construir cierta referencia dentro de esta comunidad y empiezan a interesarse, les proponemos “¿por qué no venís a conocer otra comunidad? para inspirarte, para ver que otros vecinos la están peleando, que otros vecinos donde vos estás más o menos bien están mucho peor y donde vos tenes problemas ellos pudieron salir adelante”. Hay una vinculación entre las comunidades, no es lo lineal que podría ser si todos tuviésemos escuelas de fútbol en todos los barrios.

E: Entonces, según las necesidades se adecuan las intervenciones y como son distintas, no hay un espacio común, como un torneo de fútbol de escuelitas de los barrios

R: Exactamente

E: Estuve leyendo la historia del barrio, que tiene un origen ferroviario y luego leí sobre la urbanización. ¿Podrías contarme la historia del barrio o algunos hitos?

R: Es un barrio muy interesante por cómo está armado (..) Este barrio en particular tiene un origen ferroviario, efectivamente, que data de cuando en los noventa empezaron a cerrar, en esa “ramal que para, ramal que cierra”. Pasaba que había ramales que paraban. Muchos que unían la ciudad de Buenos Aires con el Noreste Argentino, entonces había sobre todo misioneros, chaqueños, que se subieron a un tren para trabajar, llegaron a Buenos Aires y cuando llegaron les dijeron “no, el tren no vuelve, porque cerró el ramal, ya no hay más tren Buenos Aires- Posadas”

(..) Entonces lo que hicieron fue unos galpones del tren que estaban en este barrio, esto era un gran playón ferroviario, el playón ferroviario de Federico Lacroze. Les dijeron “Bueno, tírense en estos galpones que hay, que en una semana esto se ordena”. Esta semana fue hace 30 años. Y claro, no pasó. Entonces este barrio es fundado por familias ferroviarias del noreste argentino. Misioneros, chaqueños. Ese es el origen del barrio. Pasaba el tiempo, esto seguía así y de repente las familias de esta gente que, quizás eran el sostén de su familia, estaban allá y no tenían de qué vivir, comenzaron a viajar hacia Buenos Aires y esa fue la primera oleada, el primer crecimiento del barrio. Y después hay una segunda oleada, ya más para entrados 2003/4, ahí hay un paquete de cosas: ahí tenes familias del Noreste Argentino que tenían familiares acá y venían y una colectividad muy fuerte de Perú y algo de colectividad de Bolivia. Ese es más o menos el armado. Se fue constituyendo desde Teodoro García, donde están los galpones, hacia el lado de Elcano y fue ocupado manzana tras manzana muy desordenadamente. (...) En el año 2015 se empieza a hablar de la urbanización del barrio, se empieza a hacer muchos talleres y demás, nosotros ya estábamos acá. En 2016 se vota una ley que es la de “Urbanización del Playón de Chacarita” en la cual se divide, se define cuál es el modelo de urbanización que es el módulo ONU, en el que hay un barrio consolidado, es decir, se sostiene como está. Las casas las deberían mejorar, actualizar, para que sean habitables y el resto del barrio lo mudan a vivienda nueva y se abren las calles principales del barrio (...). Esa es más o menos la dinámica de cómo se armó este barrio.

E: ¿Formaron parte del proceso de urbanización como organización?

R: Sí, muy intenso, de mucho aprendizaje. Es un barrio que mucha gente elige. De hecho, si uno pudiese ver hay un montón de voluntarios(..) porque esencialmente es un barrio popular en el que te tomas el subte y te deja a 2 cuadras, está muy centralizado, muy cómodo. Lo que hizo, en ese momento, que era un momento de alto nivel de participación como recordamos, la cantidad de presencia de organizaciones políticas,

sociales, movimiento piquetero, la iglesia. Entonces tenías muchos intereses en juego de vecinos, de inquilinos, quienes alquilan. La ley prevé que los vecinos que son titulares, no son dueños de las tierras, pero sí de sus casas. Entonces estaban los intereses de los vecinos, los intereses de los inquilinos y de las organizaciones que muchas veces coinciden y muchas veces no tanto. (..) la verdad que fue de mucho aprendizaje, de cómo se construyen barrios populares. No es que fuera mi primera experiencia, pero sí la primera que viví con ese nivel de intensidad y protagonismo.

E: ¿Fueron escuchados los vecinos y la asociación?

R: Sí, es una buena ley. (..) La urbanización de este barrio costó muy cara, posiblemente el presupuesto de algunos municipios del conurbano. Hubo mucha inversión en este barrio. (..)

E: La comunidad goza hoy por hoy de lo que fue la urbanización

R: Sí. Súper ambicioso como dijimos, la gente tiene casas que realmente están buenas, los departamentos están buenos. Justo coincidió con una caída muy fuerte del trabajo. (..)Entonces ¿qué pasaba? hay un círculo virtuoso de la urbanización, que está en todos los manuales que estudian este proceso que dice que en el momento que vos dejás de vivir en una manzana numerada con la casa y pasas a vivir en “Teodoro García”, tienes muchísimas posibilidades de conseguir trabajo porque tu curriculum tiene una dirección que la gente no dice “ah, ojo”. Automáticamente en el momento que podés invitar a los compañeritos de colegio de tu hijo y esa casa no es dentro de una villa, el poder de socialización que va tener tu pibe va a ser mucho más alto, con lo que vas a tener muchas vinculaciones que te va a permitir armar esta red, esto que decíamos al principio, que era el gran potenciador del desarrollo individual: está probado que donde vos urbanizas un barrio y a la gente le das condiciones de vida y condiciones catastrales acorde a la norma, mejora mucho la vida. Todo eso está mezclado con conseguir trabajo: en un momento en el que caía en picada la ocupación en la argentina. (..)

E: ¿En qué consiste el método Tejiendo?

R: El método Tejiendo es un poco hijo de sí mismo. La verdad, cuando arrancamos, sobre las premisas que arrancamos un poco te las conté. No sé si teníamos un método, porque veníamos de lugares muy distintos, formas de hacer distintas, por lo cual veníamos haciendo y haciendo se hizo el camino. Pero nos dimos cuenta que había un método, que había algo que funcionaba. Lo que funciona uno lo sigue haciendo, lo que no uno lo deja de hacer y algo de lo que funcionaba lo llamamos “Método Tejiendo” tiene varios pasos: el paso uno es investigar el barrio en el que vamos a trabajar, para eso a veces existen datos, a veces no. Hay barrios donde funciona censos, otros donde funciona la EPH, donde ha habido organizaciones que hicieron censos, entonces uno más o menos conoce lo que hay y construye datos con eso. A veces cuando esos datos no existen, los construimos nosotros. En el barrio La Esperanza había cero datos, el primer censo en el barrio La Esperanza lo hicimos nosotros junto con la Universidad de Buenos Aires. Fue el primer censo, la primera construcción de datos objetivos del barrio. Una vez que hicimos eso, tenemos una segunda etapa que llamamos de inmersión profunda, es sentarse con la gente y decirle “che, ¿qué onda?, ¿en qué andas?, ¿cómo es?, ¿cómo la ves?, ¿qué está pasando?, contame un poco” y ahí uno se lleva un diagnóstico un poco más cualitativo, pero también un poco más sincero porque la gente es la que la vive. Y terminamos todo eso y hacemos un balance, y en el balance decimos “hay 40 problemas”. No hace falta ser brillante para entrar a un barrio popular y encontrar problemas, están muy a la vista y son muchos, pero el diferencial nuestro es que nosotros construimos comunidad, es lo que hacemos.(...) en este barrio, en lo que va a generar una comunidad trabajando junta, hermanada, en pos de un objetivo es una escuelita de fútbol, entonces la armamos. Después a la escuelita de futbol vienen las personas, con problemas, y sobre esos problemas trabajamos y ahí vamos a llegar a lo otro. La misma comunidad nos va a decir “che, ahora que somos varios, que esto anda, ¿por qué no nos metemos con esto?” y eso avanza hacia

ir mutando en una dirección. Una vez que nosotros detectamos el problema que es el catalizador de construir una comunidad, empezamos a trabajarlo, formamos una comunidad y una vez que funciona lo que hacemos es tratar de jerarquizarla, decir “bueno, este diagnóstico lo hicimos desde afuera del barrio, junto a ustedes, pero desde afuera ¿qué diagnóstico hay para la etapa que viene?” Entonces intentar que la misma comunidad tenga las herramientas para construir el paso siguiente y después bueno, ir acompañando esos procesos, con mayor o menor protagonismo. En un mundo ideal, nosotros podríamos, los que no vivimos en los barrios, podríamos irnos y seguir funcionando una comunidad con una dirección, con un TEB sin necesidad de gente ajena a la comunidad, más allá de que yo me siento parte, pero sin necesidad de gente que no es parte de la comunidad tenga que tener un rol central o un rol ejecutivo, que se puede acompañar. Hay mucha gente que vive en otros barrios, viene y se pone al hombro, pero no es que vienen a tomar decisiones y dirigir procesos, sino que eso está muy asentado en los vecinos y vecinas.

E: Venimos conversando sobre las necesidades y el diagnóstico principal es el de la ruptura del tejido social. Ahora bien, al momento de la creación, ¿qué necesidades sociales/comunitarias se detectaron en este barrio?

R: Bueno, digamos que es un barrio que no tiene nada que ver con lo que era hace diez años, hubo una urbanización de por medio, cambió mucho la dinámica, con sus luces y sombras, fue un proceso virtuoso. Sigue habiendo muchos problemas, distintos. Acá en ese diagnóstico había de todo: problemas estructurales fuertes, este barrio no lo podías urbanizar como estaba, había problemas urbanos complicados. (..) Cada vez que llovía fuerte, se inundaba, era un desastre. Incendios todo el tiempo. Y en este barrio no era un problema la cuestión alimentaria, porque había demasiadas organizaciones. Eso duró hasta el año pasado que acá cerraron casi todos los comedores y quedaron muy pocos. Nunca había habido hambre en este barrio y ahora empezamos a detectar vecinos que nos comentan que no cenan, como algo más generalizado. Después

muchas cuestiones relacionadas a lo educativo, muchos problemas vinculados a la salud y algunos problemas vinculados al desarrollo laboral. Dijimos ¿por dónde arrancamos? entre esos tres estábamos. Empezó siendo la educación y en segunda instancia la salud y la verdad funcionó bárbaro. Tengo un recuerdo, de esos primeros tiempos(..) cuando armamos nuestra aula taller: recuerdo que era un pasillo donde levantamos una pared, un consultorio odontológico triple, con una universidad privada. Y claro, vinieron creo que 150 personas a atenderse(..). Pero ahí dije “bueno, viene en serio”. Me acuerdo que llovía muchísimo y la fila, bueno, este era el pasillo, se entraba por la esquina y al final daba toda la vuelta, salía al barrio, salía por la manzana y caminaban todo hasta Palpa con paraguas. (..)

E: Ahora las necesidades, por lo que me comentas, vienen por la educación y la crisis económica, principalmente.

R: Hoy, es muy difícil decirlo, se rompió todo. El hambre, porque cerraron todos los comedores y merenderos y era una base de alimentación de la gente, y eso es complicado porque nos lo vienen a demandar a nosotros que nunca hicimos eso (..) hay una demanda que nadie la puede satisfacer y pasa que vienen los pibes al taller y antes lo que era una merienda que acompañaba, ahora es la merienda porque si no el pibe no comió nada en todo el día, entonces empieza a haber problemas que antes no había. Un problema muy serio con el trabajo, el trabajo es un problema. Y detrás de eso muchos problemas económicos: la gente está con muchas deudas, todas las aplicaciones de billeteras están rotas. El diagnóstico actual es de tormenta. Los problemas que había antes siguen estando.

E: El relevamiento es a partir de lo que ustedes detectan y también lo que les comentan los vecinos del barrio.

R: Exactamente.

E: Por lo que me comentas las necesidades son detectadas a partir de la observación, la inmersión y la conversación con los vecinos. ¿Hay algún otro método que tengan?

R: El primer punto son los datos: nosotros creemos en el dato. Creemos que estudiar sirve. Tener sociólogos, psicólogos y licenciados en educación y gente que pueda leer más allá de lo que dice una persona. Todo lo que se pueda construir de datos, sirve, hay que estudiarlo y respetarlo. Hay una parte cualitativa que nos ayuda a entender el dato. Porque los datos a veces pueden decir tres o cuatro cosas distintas. Si ahí sumas la charla con la gente, haces que el dato sea más elocuente y claro en lo que te quiere decir. Y notas lo que no está en el dato, que es cuál es el catalizador que construye comunidad.

E: En relación a las problemáticas prevalentes, son las que venimos hablando, la falta de trabajo, el hambre. ¿Con qué recursos cuentan para el abordaje?

R: Esto va fluctuando, nosotros hemos hecho cosas con el Estado tanto de la ciudad, te hablo acá de la ciudad, en Misiones tenemos un armado distinto. Con Ciudad hemos hecho cosas con el gobierno, como con los gobiernos nacionales, este es nuestro cuarto gobierno nacional. Hemos generado programas y ejecutados programas en el gobierno de Cristina, de Macri, de Alberto, todo eso se cortó. Hoy no hay nada. Y con el Gobierno de la Ciudad hemos tenido algunas cosas; hoy tampoco tenemos nada. Pero también en parte por una decisión nuestra; un diagnóstico nuestro en 2022, es que se venía un escenario de mucha complejidad para las organizaciones sociales y nosotros hicimos una migración que salió muy bien, antes era un esquema mixto: parte de financiamiento público y parte de financiamiento privada. Hicimos una migración a todo financiamiento privado: hoy el 100% del financiamiento de TEB es gente que aporta todos los meses, empresas que aportan todos los meses/ cada seis meses/ cuando cierran el balance o cuando sea, de proyectos de financiamiento internacional tanto de organismos

internacionales como de instituciones y fundaciones internacionales como empresas de otros lugares del mundo. (..) Y en cuanto también el tema central, el 90% de las personas que realizan tareas en TEB, o más del 90%, te diría 95% no cobran un sueldo. Uno de los grandes combustibles que tenemos es el trabajo voluntario, que no es cuantificable económico, pero si hubiese que cuantificar es un monto impagable. Imagínate que ahora en este taller que hay ahora debe haber 7 o 8 voluntarios. Y el martes eran 18. Es una mega organización (..)

E: Me comentaste que el rol de la investigación es para después poder hacer acciones. ¿Hay una planificación para el abordaje? ¿Se piensa un proceso en etapas? ¿Cómo se realiza? Luego ¿se evalúan los resultados?

R: Sí, de forma no tan ordenada como se querría. Porque lo que tiene trabajar esta dinámica de “capilaridad mata institucionalidad”, es que si vos entraste en un proceso comunitario y sos protagonista de ese proceso es una montaña rusa, donde nunca sabes que va a venir mañana(..) Dentro de esa montaña rusa en la que uno está, en la cual forzar procesos que vayan contra la realidad es muy difícil, tratamos de analizar las cosas que hacemos, hacer un análisis de impacto, también tratamos de ponernos metas hasta donde las podemos cumplir. Y también sabemos que hacer todas esas cosas en forma profesional es caro. Y que a veces hay que decir “el éxito de una medida no lo podés medir de forma cuantificada” porque eso implicaría quizás duplicar el presupuesto con el que contaste (..)

E: En relación a la asociación, ¿Cómo está conformada? (miembros, roles, equipos, etc.)

R: La organización tiene una estructura institucional inscrita en la Inspección General de la Justicia. Consta de una estructura bastante tradicional: una presidencia, una secretaría, un tesorero - con su respectivo suplente- un revisor de cuenta que está por fuera de ese esquema, dos vocales titulares y dos vocales suplentes que conforman

todos esos la comisión directiva, es un esquema mega tradicional de organización. Y lo que tenemos después además de eso es un consejo consultivo, dependiendo el territorio, entre uno y tres representantes que los elige el mismo territorio, acá en Playón son tres: una vecina del barrio y dos personas de afuera. Y cada territorio lo arma a su manera que es un esquema de vinculación entre la comisión directiva y lo que realmente pasa en el barrio. Y además hay una representación con dos miembros de la juventud, porque ahora hay mucha gente sub25, o sub20. Lo cual es interesante y todo eso tiene una propia representación con una propia dinámica. Eso sería como funciona institucionalmente la organización. ¿Cómo funciona en la realidad? Intentamos que eso se parezca, tratamos de meter la realidad que es muy difícil de ordenar en las herramientas legales con las que hay que cumplir, pero la realidad es que tiene dinámicas propias, hay vecinos que son referencias en los territorios, familias que son referencias, que funcionan como propios ejes de flotación, tiene su propio universo alrededor, eso tratamos de respetarlo mucho. Y después hay temáticas y esas temáticas tienen personas que se vinculan, que tienen sus propias dinámicas de trabajo. Y después tenemos algunos equipos más profesionalizados, estructurados, vinculados a presentación de proyectos, captación de donantes. Después obviamente sucede que se arman equipos más profesionalizados para cuestiones educativas o aparecen problemáticas, por ejemplo, cuando era salud el tema en este barrio, había un equipo de salud que trabajaba salud específicamente. Hoy en día no sé si es tan necesario, entonces hoy no funciona un esquema propio de salud.

E: ¿Ese equipo sigue conformado hoy por hoy?

R: Hay personas que siguen, hay personas que fueron, hay personas que si las llamamos están y hay personas que se reinventaron y ahora se dedican a otras temáticas.

E: Acá en el barrio tienen los talleres de arte y de apoyo escolar

R: Hay otros talleres. Cada taller tiene su equipo y su dinámica. Los talleres son un gran ordenador del barrio; cada taller tiene su gente, su equipo, su propio grupo de WhatsApp, su propio referente y responsable. Y después hay algunas cosas que los trascienden. Acá en este barrio los talleres que funcionan actualmente más fuerte son esos dos. Tienen sus propias dinámicas. Otros momentos en los que había 5 o 6 talleres, también cada uno tenía su propia dinámica, a veces se concentran más o menos. Los consejeros consultivos del barrio centralizan lo que pasa. Porque en este barrio tenes un taller, pero acá nosotros centralizamos obras con financiamiento exterior que también pasan por TEB. O hay actividades que no son fijas todas las semanas pero que también pasan por TEB. Hay muchísimas cosas que tienen que ver con el Playón y que no son una actividad semanal con un horario fijo.

E: ¿Qué rol tiene la interdisciplina en el abordaje?

R: Fundamental. Fundamental porque como nosotros trabajamos los problemas de la comunidad, son problemas interdisciplinarios. Vos podés tener un super programa educativo, muy bien trabajo los contenidos, pero te vas a chocar con problemas que el mejor de los educadores no tiene los recursos o herramientas para resolverlo y vas a tener que tener otras visiones, otras posiciones y otros enfoques de abordaje que aplicar, así que sin eso te vas a chocar con la realidad(..). No tener interdisciplinariedad te quita plasticidad.

E: ¿Con qué profesiones cuentan en los equipos? ¿Buscan según las profesiones?

R: A veces salimos a buscar cosas puntuales, pero la verdad es que todo viene bien(..)

E: En relación a los chicos que asisten, ¿De qué manera llegan a los talleres? ¿Con qué demanda?

R: (..)Lo primero es: tenes que estar en el barrio. Y después tenes que construir confianza. Una vez que tenes esas dos cosas la verdad es que

la demanda es infinita (..) Esta idea del derecho a la ciudad, es algo que está muy instaurado, y cuando las personas de los barrios populares reciben mucho rechazo por parte de quienes sienten que tienen derecho a la ciudad frente a los que sienten que no la tienen(..) Por un tema de capacidad, hace mucho que no hacemos una convocatoria. Te diría años. Todos los años hacemos una inscripción a la cual es boca en boca a los que ya vienen. Creo que la última vez que hicimos una convocatoria nos quedaron 50 personas en lista de espera, que querían traer a sus pibes o venir a los talleres de oficio. Acá funcionaba bordado, decoupage, hubo varios talleres de salud. De acá salieron promotoras de salud certificadas por una universidad. Me acuerdo cuando hicimos eso. Y por un hospital, creo que fue. Esos dos creo que sellaron. En la pandemia, que estuvo buenísimo. Pero la verdad es que cada vez que abrimos algo, nos colapsa la agenda.

E: En relación al espacio, no te pregunté, ¿es una casa particular que se presta para los talleres? ¿cómo funciona?

R: El aula taller que hoy funciona un poco como depósito, porque después de la pandemia meter 25 pibes en un espacio de 7x2 se volvió inviable. Entonces el espacio se volvió operativo, de depósito, y ese espacio fue el original. No era de nadie, era un pasillo.

E: (Los talleres se desarrollan en un patio, que se ingresa por Teodoro García y una calle interna del barrio) ¿El patio a quién pertenece?

R: Es un patio compartido que pertenece a seis grupos familiares, cinco son parte de TEB. Y respecto al espacio de aula taller era un pasillo, no era de nadie, y ahora de repente se formó esto (..)

E: ¿La cancha que se hizo en playón a quién pertenece?

R: Pertenece a la ciudad de Buenos Aires, la ciudad nos cedió el terreno para que hagamos la obra y hoy pertenece a la ciudad, por tanto, a todos los vecinos.

E: ¿Se trabaja con sus familias? ¿Qué rol tienen las familias? ¿De qué manera?

R: Fundamental, a partir de los pibes uno puede detectar muchos problemas que suceden en las casas e intentar interceder, pero a la vez lo que se da es que mucha gente se acerca con los problemas, que nosotros intentamos acompañar, dentro de lo posible, porque está todo roto. Hay momentos donde es más fácil y momentos donde el más difícil. Hoy está todo roto, es imposible. Cada vez que viene alguien es como: “che, seguramente no te pueda ayudar”.

E: Imagino que eso debe generar frustración e impotencia.

R: Absoluta. En el acto de cierre de año, del año pasado, yo decía que se dio una paradoja enorme: fue el mejor año, utilizando la metáfora del sueco que viene y le tenes que explicar: vos miras TEB su balance, ejecución, obras que realizó, voluntarios, a cuántas gentes le llegó: mejor año lejos, súper exitoso, financiamiento muy bien, institucionalmente muchos vínculos. ¿Che, y cómo le fue a nuestra gente? no, pésimo, nunca nos fue tan mal, nunca estuvimos tan lejos de satisfacer sus necesidades. Es raro pensarlo de esa manera. Hay un tema de oferta y demanda, antes había muchas organizaciones ofreciendo y una demanda más o menos estandarizada: hoy esa demanda subió, nosotros sobrevivimos, el resto de la oferta se rompió, se rompió todo, quedó muy poco, y claro hay una idea de que nosotros somos grandes ganadores dentro del sistema, (..) y sin embargo a la gente que nos viene le fue peor y nosotros estamos más lejos de cumplir nuestro objetivo. La única realidad es que la competencia, es decir, que haya otras organizaciones que hagan cosas parecidas a las nuestra, es fundamental. Nosotros necesitamos que haya la mayor cantidad de organizaciones para intentar generar algo más o menos estable que le pueda dar a la gente la posibilidad de darle algo de progreso en su vida.

E: En relación a los grupos, son talleres que están dirigidos a niños y adolescentes

R: Depende del barrio.

E: Acá en Playón. Niñez y adolescencia son los más perjudicados en la línea de pobreza. ¿Ves alguna relación entre los talleres dirigidos a ese público y ese dato?

R: Hay algo de lo espiritual; no sé, sin caer en frases hechas, veo a un pibe pasándola mal digo “esto es insoportable, nadie puede tolerar esto”: Hay algo por lo menos que nos pasa a muchos que es “hay que hacer algo con esto”. Los pibes, vamos a pelearle una oportunidad (..) Por lo menos podemos conseguir 2 o 3 vidas más, que tengan el margen de que les vaya mal en una o dos y sin embargo poder llegar a tener una vida normal, vale la pena.

E: ¿Cuándo ustedes realizan la difusión, la hacen según edad?

R: Cada taller tiene su franja etaria, cada convocatoria la tiene. Acá había muchos talleres de adultos, sobre todo de oficios (..)

E: ¿De qué manera difunden el trabajo de la asociación? En este último tiempo hubo varias entrevistas, tienen página web, redes sociales ¿Realizan informes?

R: Sí, tenemos redes sociales, mucha boca en boca. Y después lo que podemos: la verdad es que esto de hacer una organización desde lo territorial hace que siempre tengas muchos conflictos: pensar una estrategia de prensa y comunicación seria sofisticada es muy difícil. Sobre todo, cuando, ahora tenemos un pibe que salió de acá, hizo su primera experiencia social acá adentro, creo que vino por un voluntariado de una facultad, la rompió toda, se volvió el más querido de apoyo escolar por todos los pibes y ahora se volvió nuestro jefe de comunicación. El pibe la rompe toda, pero viene acá y le explotan muchos problemas de los pibes, entre esto y lo otro. También es cierto que cuando hay recursos van a los problemas del barrio lo que nos dificulta quizás que lo que hay que hacer que es contratar a una agencia y resolver. Hay mucho de boca en boca,

llamar a los amigos, te mando esta gacetilla si la podés publicar. Si uno hace las cosas y es persistente, de a poquito va saliendo.

E: ¿Realizan informes de qué hicieron?

R: Ahora estamos en falta, hace 3 meses no lo mandamos, pero antes mandábamos un newsletter que era mensual, ahora estamos en falta por estos problemas, de lo mismo. Pero ahí tratábamos de hacer informes mensuales de lo que iba pasando y a fin de año hacemos un informe de “bueno, esto fue todo lo que sucedió este año en Tejiendo”.

E: ¿Qué principios guían a la asociación?

R: Es una buena pregunta. Solidaridad, comunidad, conciencia del otro, valorar lo colectivo, creo que amistad: hay muy buena onda entre la gente. Y después comprender que hay ciertos derechos, hay que ver qué palabra nuclea a todos, que le son inalienables a las personas y que nadie puede mirar para otro lado mientras que ese piso de derechos esté vulnerado.

E: ¿Cuáles son los pilares del proyecto?

R: territorialidad, el territorio: bien del barrio, barro, asentados en el barrio, los pies en la tierra y eso junto con profesionalidad y gestión justamente para tratar de romper esta dicotomía que decíamos entre capilaridad e institucionalidad. Creo que eso. Método, gestión, profesionalidad en el barrio.

E: ¿Cuáles son los principales objetivos? De lo que dijiste se desprende que es mejorar la calidad de vida, generar comunidad. ¿Hay algún otro que se te ocurra?

R: yo creo que van naciendo, a mí siempre me gusta intentar - es muy difícil esto- que lo que hacemos sea de primer nivel. Eso es para mí muy claro se ve en nuestro programa educativo. (..) Cuando los pibes de clase media tienen problemas en la escuela, van a un profesor particular, un profesor particular que tiene 1, 2 o 3 chicos. ¿Por qué los apoyos tienen los pibes de barrios populares son 1 profe cada 20? nuestro programa

educativo tiene un esquema en el que nunca puede haber más de 4 chicos por profe. Si hay 2, mejor. Es de primera línea. Nuestro programa de deportes en Carbonilla, los pibes tienen como si fuesen un club normal, que pagan cuota y demás, tienen recambio de camiseta, material deportivo de primera, se trata de entrenar a los pibes en todo(..)

E: ¿Qué concepción de salud maneja el equipo?

R: Hay gente que sabe de esto y yo no mucho. A ver, hay algo que alguna vez nosotros intentamos lograr que era que las personas en los barrios se atienden en guardia. Es muy raro que tengan un clínico, una historia médica, etcétera. Por lo general, la salud que la gente de clase media interpretamos como un acompañamiento de proceso de salud, mejor o peor, tengo un médico, me hago chequeos y cada tanto me rompo la pierna y me agarro algo, pero uno lleva un camino. Muy distinto en los barrios donde vas hasta que se rompe; cuando se rompe, te tratan en guardia y a lo sumo te operan en el momento, nunca hay una conexión. Nosotros intentamos construir una integralidad o de abordaje de “podemos hacer algo planificado en tu salud, algo en lo que sea más allá de un problema”. Nosotros tratamos de construirlo, es muy difícil. Terminan resolviendo problemas, muchas veces vinculados con esa misma dinámica. Por ejemplo: en un momento habíamos analizado que la cantidad de mujeres que se hacían los controles básicos (por ejemplo, PAP) creo que el promedio daba un control cada seis años; más o menos te daba cuando cruzabas los números con que los controles los hacían cuando tenían hijos, no había otros. Entonces fue como “bueno, hagamos un programa y que vengan acá a hacerse los paps”. Armamos un consultorio y los hicimos, funciona bárbaro. Los pibes de los barrios populares arrancan educación física después que los pibes de clase media. ¿por qué? porque necesitan un certificado médico y cuando yo me lo hacía, lo hacía en la clínica, me veía el médico de cabecera y ya está. Acá se lo tienen que hacer en el mismo hospital, en este barrio, todos juntos, al mismo tiempo en la misma época del año, no se podía. Entonces armamos eso y los pibes de repente planificando un poquito su salud

tuvieron educación física al mismo tiempo que los pibes de clase media con los que muchas veces se compartía colegio. Cosas así, funcionan. Después hicimos creo que del mundo, pero seguro de Latinoamérica, el primer caso de donación de plasma durante la pandemia organizado en un barrio popular fue acá, organizado junto a FUHESA. Un hito muy interesante, de vincular a la gente con otra concepción de la salud, estuvo buenísimo, pero es muy difícil. Después mucho laburo con salud mental, tenemos un convenio con APBA (Asociación de Psicólogos de Buenos Aires), pero también es inabarcable. En la pandemia sostuvimos una línea de teléfono, que levantábamos casos, de gente que estaba muy mal, porque pasarla en casa era difícil, pasarla acá donde todos viven de la changa era imposible. Armamos un dispositivo, funcionó, quizás algunas cosas vinculadas a la gente de Cromañón, vinculado a salud mental(..)

E: ¿Conoces los conceptos de promoción y prevención de la salud? La promoción implica una mejora en la calidad de vida y la prevención intenta evitar la enfermedad, su gravedad o sus consecuencias. Al pensar en el espacio de TEB, pienso que es un espacio de promoción de la salud. ¿Hubo alguna campaña además de la que me comentaste? ¿Si se detecta alguna cuestión en los participantes, se trabaja con la familia o se deriva a APBA?

R: Se detecta, a veces algunos problemas tenemos un recursero más o menos armado. Mucho vinculado a consumo problemático, ahí laburamos bien, tenemos buenos socios. Y después hay cosas que se detectan y salimos todos a ver cómo resolver, por ejemplo, “¿alguien conoce a un psicopedagogo que pueda atender este problema?”. A veces aparecen y a veces no. Pero los mismos profesores ya están formados para detectar problemas y de ahí construir alguna o algo parecido a una solución.

E: ¿Qué lugar tiene lo intersectorial en el proyecto? ¿Con qué actores (estatales, comunitarios, privados) articulan?

R: Nosotros intentamos vincularnos con todos los que podemos. Una de las grandes ventajas de la forma en que nosotros construimos que es no

como una organización partidaria, no como una organización religiosa, somos lo que somos, con ciertas libertades, nos permite hablar con todos. (..). Eso hace que seamos un lugar accesible para instituciones que no son del barrio pero que también podamos hablar de igual a igual con casi todas las organizaciones y que nos respeten nuestra posición, así que es fundamental y es tanto poder traer instituciones y organizaciones al barrio, como las universidades, las empresas que aportan a nuestra organización y vienen acá. Somos muy reales y por otro lado hablamos el mismo idioma de personas formadas y académicas. Entonces jugamos un poco a ese juego, es parte y es clave. No solamente con lo que es afuera, sino también con lo que es adentro fundamental. Si nosotros podemos salvar que uno de los comedores no cierre, bueno, hay que jugar ahí(..)

E: Te realizo la última pregunta, ¿qué derechos se busca garantizar a través de sus actividades?

R: Siempre, más allá de los derechos del niño y la Convención, siempre entendimos que los derechos de primera generación había otras organizaciones que estaban para resolverlo: por eso intentamos ir un poco más allá. (..)ahí la educación, el desarrollo personal, el crecimiento, para mí hay algo del progreso como persona: poder construir un camino de progreso es un elemento fundamental. Y ahí se engloba un montón de cosas. Y hoy la verdad es que sería muy difícil responderte, porque alguna responsabilidad hoy de que la gente coma tenemos, no del todo clara en cómo la estamos ejecutando y muchísimo menos mensurable porque lo que estamos ayudando a resolver el problema ni lo medimos, no sabemos si lo estamos haciendo bien o mal, estamos haciendo lo que podemos con un problema que nos supera. Pero te diría que hoy un poco todo, pero el principal derecho que trabajamos es el derecho al desarrollo individual en el marco de un desarrollo colectivo de una comunidad.

Se realiza un cierre. La duración de la entrevista fue de una hora y trece minutos. Se agradece la participación y la información brindada mientras se guardan los elementos en el aula taller.

Entrevista 2:

Se procedió a firmar el consentimiento informado y explicarle el motivo de esta entrevista. Posteriormente, se comenzó con la entrevista, realizada el 19/06/2025 en la Asociación Civil Tejiendo El Barrio, ubicada en Playón de Chacarita. TEB será la abreviación de la asociación civil. Previamente a realizar las entrevistas, se procedió a firmar el consentimiento informado, en el que se garantiza la confidencialidad y anonimato. Asimismo, fueron modificados todos los nombres que pudieran permitir la identificación de los entrevistados. Se omitieron muletillas para facilitar la lectura y se abrevió Tejiendo el Barrio por la sigla TEB.

La entrevistadora llevará la letra E mientras el referente la letra R:

Entrevista referente arte

Sobre el espacio de arte y el equipo

1. E: ¿Hace cuánto formas parte de TEB?

R2: Diría que diciembre de 2018, ahí empecé como voluntaria y a partir de ahí sigo.

2. E: ¿Cómo llegaste a formar parte?

R2: A través de redes. Había un amigo que había conocido en su momento y estaba en búsqueda de un voluntario para su taller de arte, era solo como profe. En esa instancia las clases todavía se daban en el aula cerrada chiquita, donde hoy en día se prepara la merienda y es la contención de lo que tenemos como materiales, donde las chicas pueden limpiar y preparar todo. A través de las redes llegué ahí, por intermedio de este amigo que me trajo, participé de una reunión grupal general con todo el equipo y a partir de la primera clase que dimos de artes plásticas me enganché y acá estoy.

3. E: ¿Cuál es tu formación?

R2: Soy técnica en artes visuales. Estudié en una escuela en el centro. Me recibí en 2019. Tengo un poco de data, si bien no soy profesora o tengo el perfil académico que respecta a licenciatura o profesorado, igual tengo una base de conocimiento para aportar.

4. E: ¿Desde cuándo existe el espacio de arte?

R2: Si mal no recuerdo, desde 2017 o quizás un poquito antes. Lo integraba otra persona, después se fueron sumando otros profes, fue circulando y quedó el profesor que en ese momento estaba necesitado más ayudantes y ahí me incorporé yo.

5. E: ¿Se podría decir que sos la referente del espacio?

R2: La idea es que en realidad entre todas tengamos la grupalidad, que cada una cumpla su rol importante acá. Pero sí, me encargo más que nada de lo que tiene que ver con el espacio, con verificar que estén los materiales y coordinar con las chicas de la merienda que esté todo en su lugar (..) Intentar en este periodo de acá en adelante que todas tengamos autonomía y que el espacio esté integrado lo más acorde posible y equitativamente posible.

6. E: ¿Por qué y cómo se creó el taller?

R2: Había una necesidad más allá de apoyo escolar que fue la cabecera de este espacio en dar un apoyo a los chicos que tenga que ver con lo lúdico, creativo, algo extracurricular que no fuera solo aplicado a escuela, sino que puedan encontrar otro tinte en la diaria y a raíz de ahí el barrio estaba con esas necesidades en su momento, de explorar un taller más creativo y a partir de ahí se decidió abrir este taller.

7. E: ¿Consideras que sigue existiendo esa necesidad?

R2: Sí. Siempre está esa necesidad. Para todas las edades, pero por sobre todo para los niños creo que es muy especial porque son también las bases donde se desarrollan, se crean nuevas perspectivas, nuevos modos de ver el mundo, la vida, o lo que fuera, cómo interpretan ellos su realidad. Creo que aporta otra visión, si bien el camino es largo y hay un

montón de problemáticas y necesidades que pueden ser más o menos que el arte, pero esto siempre ayuda para que tengan otra forma de expresarse y ver las cosas

8. E: Tus tareas me comentabas que son una cuestión más organizativa. ¿Cómo describirías tu rol en el equipo?

R2: Yo me describo medio como un pulpito, porque a veces me cuesta estar con cada uno y asistirlo en su totalidad. Soy más como de estar ahí merodeando y que todo funcione. Como más global, mi función es más global. Por ahí es necesario cuando estamos en grupo que haya profes que se puedan poner con cada niño que necesita y eso está buenísimo porque se genera un equilibrio copado.

9. E: ¿Cuándo empezaste a ocupar este rol?

R2: Diría que en 2022 o un poquito antes, pasa que fuimos mutando. El profe de cabecera es este chico que te comenté que siempre fue coordinador y aportaba mucho. Después, una vez que él se fue, quedé yo. Vinieron otros profes que se incorporaron. Las dinámicas eran totalmente distintas y todas teníamos una importancia en el día a día. Pero bueno, podría decir que entre 2021-2022, post pandemia, empecé a tomar más la coordinación con las chicas de la merienda

10. E: ¿Cómo está conformado el equipo?

R2: Por suerte estamos recibiendo muchos profesores nuevos. Hay un grupo de vecinas del barrio que nos ayudan con limpieza, orden y merienda. Luego, el grupo de profes, somos más o menos ocho. Algunas se integraron hace poco. En relación a las profesiones, no las sé todas. La mayoría de las voluntarias tienen profesiones o formaciones muy variadas: psicología, arte, audiovisual, poética, música, comunicación, educadores y estudiantes.

11. E: ¿De qué manera llegaron los voluntarios?

R2: Por diferentes canales. Por redes, por estar conectadas al barrio y otros por conocidos que venían. Las redes son lo principal.

12.E: ¿Cómo es el trabajo en equipo?

R2: Hermoso. Yo siento que fluye muy bien, que nos podemos entender. Hay veces que por ahí cuando no tenemos la idea muy en concreto se genera ahí un poco de “a ver qué pasa”, también se genera la expectativa. Uno le puede poner mucha cabeza a una actividad y suceden otras cosas cuando estás en el momento. Pero la verdad que super disfrutable y está bueno. Creo que tenemos linda energía y nos llevamos bien.

13.E: ¿Las actividades se planifican? ¿De qué manera?

R2: Sí, las actividades se planifican por lo general. Tenemos un grupo de WhatsApp donde ahí hacemos una lluvia de ideas, con intención de que haya una línea a seguir. Tratamos de que eso esté lo más ordenado posible. A veces surgen otras ideas y se consideran esas. O cuando podemos resolver con pocos materiales o los que tengamos. Pero sí. Es bastante organizado y tenemos mucho para aportar, porque somos varias, entonces abrimos el juego a que todas podamos poner una idea que sea diferente a la otra y considerarla, pero intentar tener un hilo conductor que tenga que ver, o que tenga una relación, por lo menos en una clase.

14.E: ¿Cuáles son las temáticas que se suelen trabajar?

R2: Por ejemplo, este año decidimos trabajar mucho con el tema identidad. Creemos que es importante para el barrio entender qué pasa, de dónde vienen, quiénes son, cómo se identifican, que los identifica, qué pasa con lo exterior, que pasa con el mundo interior, por eso la importancia de que estas sean clases continuadas con dinámicas diferentes y técnicas variadas pero que haya una intención de ir por ese canal. Nos ha pasado en años anteriores por ahí las clases eran muy individuales y repartidas y se jugaba más con lo lúdico, con otras cosas que no tenían que ver entre una clase y otra, y este año tratamos de mantener un poquito, de la manera que se puede, excepto fechas patrias o en las que hay un equipo a dar su taller puntual, pero que tenga una alineación con esa idea. Por ahí vamos.

15.E: ¿Cómo es el trabajo interdisciplinario? En el grupo hay muchas disciplinas y formaciones distintas ¿Qué crees que aporta en el abordaje del grupo o problemáticas?

R2: Yo creo que está bueno. (..) Siento armonía y que cada uno tiene algo para aportar distinto, que hay una mirada en cada niño, hay mucha atención y dedicación. La verdad es que está bueno eso y hay personalidades super diferentes. Hay profes que están al lado de cada niño que necesita y saben explicar la temática de manera más práctica o fácil. Es super diverso y funciona super bien.

2. Objetivos y enfoque del taller

16.E: ¿Cuáles son los objetivos del taller?

R2: Que cada niño se vaya con algo, al menos, con un aprendizaje. Sin elevar mucho el entusiasmo o expectativa, creo que va por ahí. Que sea un espacio abierto de comunicación y expresión, que se sientan como en su casa, que se integren, que sientan que son amigos, que son tribu y poder colaborar con eso. Que se lleven algo a su casa, que los llene un poco, que les guste, encontrar de nuevo un despertar y quizás una pasión que tengan para el futuro, ayudarles a transitar ese camino.

17.E: ¿Cuál es el vínculo entre este espacio y la salud integral?

R2: Yo pienso que el arte es muy terapéutico, es un hilo conductor que tiene mucho que ver con la salud mental. Creo que es una herramienta muy necesaria para la salud mental. que puede aportar mucho, porque en realidad como te decía: es una forma de comunicar. Entendiendo que el arte puede decir mucho, más allá de que no se utilicen las palabras sino otros medios, aporta mucho para uno: para sanar, para exteriorizar cosas que no pudo decir desde mucho tiempo, para abrirse. Y también para usar como catarsis. Acá vienen muchos pibes con energía: a veces los dejamos que corran, que generan también un poco esa expresión que necesitan sacar y creo que tiene que ver mucho eso con la salud mental.

18.E: ¿Cómo se incorpora el enfoque de derechos en la práctica cotidiana?

R2: Yo creo que tratamos de tener siempre en cuenta todo, de brindarles un espacio que sea con estos derechos. Siento que es super importante

y es lo que nos define como asociación: garantizar los derechos de los niños, que de hecho es nuestro perfil: nosotros apuntamos a dar talleres que tengan que ver con las niñeces e infancia, trabajamos mucho con ese volumen de edades y considerando eso es primordial garantizar.

19.E: ¿Cuáles son aquellos derechos que crees que se protegen con el espacio? Podemos hablar del derecho a la alimentación, a poder expresarse, a jugar, entre otros.

R2: Sí, todos esos que mencionaste.

20.E: ¿Cómo impacta el taller en el fortalecimiento comunitario?

R2: Yo creo que el impacto es positivo. De hecho, creo que lo que más es representativo o visible es el hecho de que los pibes siguen viniendo y eso muestra que quizás es también un espacio de desarrollo, que los pibes eligen venir porque se sienten cómodos, tienen participación, tienen escucha, pueden venir a las clases y también buscar contención, sacarse algunas dudas, charlar, hacer amigos (..)

21.E: ¿Y en los lazos sociales, notas diferencias?

R2: Sí. Voy a hablar de un niño en puntual, a principio de año no quería hacer nada(..). Ese niño hoy sigue las consignas, escucha, pregunta, dialoga, y eso es algo que no sucedía. Tenemos otro caso en el que una chica cambió: la vemos super sociable, de a poco fue encontrando un lugar donde hacer lo que a ella le gusta hacer: su arte, es su manera de expresarse (..). Creo que eso muestra el intercambio y crecimiento en lo personal con cada uno. Así podría nombrar a cada uno.

22.E: Me mencionabas que se abordan distintas temáticas, por ejemplo la identidad, ¿Podrías darme un ejemplo de cómo se abordó?

R2: Para empezar, nosotros tuvimos una reunión a principio de año con la expectativa de este taller durante todo el ciclo de 2025 en el cual se nos ocurrieron miles de ideas: la que más recuerdo ahora es el tema que tiene que ver con el barrio, con su nombre, con hacer mapas, como elaborar un circuito de sentido de pertenencia, donde se identifiquen con sus cosas, sus objetos, todo lo que los rodea, vínculo familiar, su cultura, de donde

vienen y demás. Hicimos algunos ejercicios que tienen que ver con eso; algunos más conectados que otros, pero intentamos ir por ese lado.

3. Participantes y su proceso

23. E: Me decías que notas cambios en los participantes ¿Cuál es el lugar que se les da a los que vienen?

R2: Yo creo que el protagonismo está para los más extrovertidos (..) Hay otros niños que tienen más perfil bajo, pero intentamos integrar a todos. Siempre respetando y cuidando que si un niño no quiere participar de algo o le da vergüenza o es introvertido, trabajar ahí con alguna profe que pueda estar al lado y saber qué necesita, qué quiere, con qué le gustaría trabajar, qué le gustaría decir o contar. Pero bueno, creo que el lugar es de cuidado. Si tuviera que decir en una palabra diría cuidado.

24. E: Recién me comentabas el lugar de protagonismo y en un taller de jueves, el taller lo dio un participante. ¿Cómo crees que eso impacta? ¿Cómo lo piensas?

R2: Yo creo que eso estuvo buenísimo, primero por el participante que se llevó toda la atención, fue una clase super divertida y fue buenísima porque notamos que entre sus compañeros hubo mucha más capacidad de retención y atención que si lo hubiéramos dado nosotros (..) Creo que lo vamos a seguir haciendo de tanto en tanto, con algunos perfiles porque no todos se animan, pero la idea es que todos tengan la misma participación.

25. E: ¿Hay espacios donde se muestre lo que se hizo durante el año? ¿Cuál es la recepción?

R2: Suele ser a fin de año o cierre de año, solemos hacer una muestra de arte con todas las cosas que fuimos recaudando (..) Años anteriores hemos hecho archivos que fueron parte de registros audiovisuales, de sonidos, de fotos, todo eso se integró en algo visual. Después tratamos de trabajar mucho con maquetas, con los ingenieros de maquetas del barrio o algún interés en común que tengan, pero se suele dar a fin de

año. En cuanto a la recepción, en 2022 tuvimos una muestra que era en la carpa, en ese momento dábamos la clase ahí porque no estaba habilitado acá en el patio para ejercer las clases acá, entonces trasladamos todo allá, estuvimos año y medio o dos años en la carpa. Ahí hicimos a fin de 2022 una muestra gigante donde hubo de todo: pasamos por archivos audiovisuales, después habíamos elaborado un muñeco gigante hecho con materiales textiles y descartables, hemos hecho una casa dentro de la carpa donde ellos jugaban y te mostraban esa casa. Después había una cámara y un cubículo que lo intervenimos y hacía como que ibas a la luna, como algo espacial. Estaba muy bueno. Un chico trajo una cámara, de esas filmadoras y podíamos ver que sucedía ahí mismo, había una interacción con el espectador y el artista que te mostraba que estaba viajando a la luna y el otro lo podía ver, eso estuvo alucinante. Años anteriores y posteriores eran archivos de fotos y la verdad la gente cuando viene lo hace parte, es algo que lo intentamos poner en escena, de hacer visible lo más posible y que no se pierda, es buena la recepción.

26.E: ¿Está abierta a toda la comunidad?

R2: La muestra está abierta a todos. Como es para cierre de año, la idea es que para un evento tan grande vengan todos los vecinos, ya sea familiares de alumnos o cualquiera que quiera venir. El año pasado hicimos la muestra que justo coincide con el fin de año de la asociación entonces hubo un sector que era solo para lo que los chicos habían hecho todo el año; la verdad estuvo bueno, mucha gente se acercó, le sacó fotos, preguntaba qué era cada cosa, cada sector, qué había hecho, con qué materiales, y había muchos alumnos. Fue satisfactorio el resultado.

4. Relación con las familias y la red

27.E: ¿Cómo es la comunicación con las familias?

R2: Te diría que regular (..) Hay algunos que nos conocen desde los inicios y tenemos una línea más cercana de comunicación. Te diría que regular: algunos que sí, otros que quizás cuesta un poco más.

28.E: ¿Se trabaja con ellas?

R2: Es algo que tenemos pendiente. Como este espacio está integrado y enfocado a ellos, más que nada, aún no hemos podido encontrar algo más integrador para los padres que puedan tener participación también acá. Creo que es importante y necesario y es algo que tenemos pendiente de hacer y estaría buenísimo que suceda en algún momento, lo antes posible.

29.E: ¿Qué actores forman parte de la red? Centros de salud, centros culturales. Para el 25 de mayo hubo un festejo con un centro cultural

R2: No hay nada demasiado fijo, según tengo entendido. Hay actores que hace años que nos acompañan, pero no presencian de manera continua, sino que en algunos momentos quizás vienen como invitados o en momentos de necesidades aparecen. (..) Después tuvimos con universidades, con centros de salud comunitario del barrio hemos tenido charlas también (..) Y empresas que a veces aportan y escuchan, pero son actores que están más detrás, no actúan directamente, sino que, si hay un festejo de infancias, de fin de año o lo que sea dan su colaboración, gracias a eso subsistimos. Actores de salud ya mencioné. Ese es el grueso.

30.E: Es más, según la demanda y no algo fijo

R2: Exacto.

31.E: ¿Cómo crees que impacta esa articulación en los procesos que acompañan, el tener ese recurso de distintos actores?

R2: Yo creo que está bueno, que es necesario, para darnos a conocer, para que ese espacio se abra aún más, para que haya otras propuestas, estar abiertos a lo que cada entidad, grupo o asociación que se una con nosotros quiera dar. Yo creo que sí, es importante la articulación, es necesaria, trabajar solos no es una opción hoy día. Cuanta más conexión tengamos con el resto de los actores, más implicancia vamos a tener en el barrio en general como para aportarle algo más a los vecinos.

5. Desafíos y oportunidades

32.E: ¿Cuáles crees que son los desafíos actuales?

R2: Para mí que lo tengo en el ojo hace un montón de tiempo es el público adolescente. Ese es el fuerte que hoy día no logro definir cómo, pero creo que es una necesidad muy urgente el tema de acaparar las edades de la adolescencia que un poco se están alejando de los talleres por cuestión de etapa, de cambios en su vida, sus tiempos, intereses, y es algo para fortalecer.

Sobre evaluación y seguimiento:

33.E: En caso de detectar alguna problemática del tipo psicosocial, ¿Cómo se interviene?

R2: Cuando eso pasa, intentamos elevar el problema o la situación, contarlo al equipo de profes y determinar cómo encararlo. Ha pasado casos sobre todo que tienen que ver con cuestiones de conducta o aprendizaje. Hemos abordado una instancia donde vino una psicopedagoga que trabaja en una escuela, no me acuerdo porque fue hace un tiempo atrás, pero nos brindó su experiencia, su material como para que nosotros en el lado práctico podamos llevarlo a cabo. Y está el lado de la conducta que es el lado más difícil, pudo trabajar muy poco a poco y logramos una mejora. Pero siempre es necesario contar con un equipo que esté atento y que de repente tenga más herramientas que el resto de nosotras que por ahí no sabemos cómo manejar una situación. Se articula entre los profes, es una cuestión muy puntual que aparece. Se piensa entre todos, se consensua y se define cuál es la mejor manera de ayudarlos.

34.E: Me comentabas que hay impacto en los participantes en tanto cambian su actitud o manera de vincularse, ¿Hay una manera que se evalúa el impacto en los participantes?

R2: No hay una medición, la verdad es que no estamos midiendo eso, sino que lo vemos en el día a día, reflejado. Quizás es poco asentar lo que sucede, pero más bien vivirlo en clase tras clase. Hay cosas que se pierden a la larga y estaría bueno registrar, pero lo vamos viendo en la diaria y hay cosas que notamos.

35.E: ¿Se hace un seguimiento?

R2: Sí, exacto.

Sobre el futuro del espacio:

36.E: ¿Cuáles son las expectativas o metas para el futuro del espacio de arte?

R2: Proporcionarles un espacio que tenga que ver con el arte, pero más también no con una pregunta definida, sino con lo que ellos tengan para decir e ir alineados a ese proyecto, interés o idea. Quizás no trabajar tanto en grupalidad, sino que sea algo un espacio con otra atención y escucha, (..) La idea es que sea un poco más personalizado, que podamos canalizar con estas edades cuales son las necesidades, pero ir uno por uno. Y a partir de ahí ver cómo funciona. Mi meta particular va por ahí; ver de qué manera podemos enganchar a ese pibe que necesita decir algo y no sabe qué ni cómo.

37.E: ¿Y en el futuro crees que tiene que ver con seguir intentando cumplir esa meta?

R2: Sí. Exactamente. La idea es que ellos también cómo fueron parte de acá, muchos de los adolescentes que están acá vienen de muy pequeños, como decía antes: a veces por la etapa se van alejando y eligiendo otra cosa. Lo bueno que noto en el barrio es que hay mucha presencia en materia de deportes; muchos chicos se van a jugar a la pelota, básquet, fútbol, eso es genial para la comunidad. Una fuente necesaria para expresarse. Y bueno, la idea es reintegrarlos, reincorporar a esos pibes también, que vengan con otra visión, que tenga que ver con lo que les está pasando y no tanto un espacio lúdico, que también es válido, pero la idea es ir encontrando su interés o vocación.

38.E: En relación a expectativas de futuro, ¿hay planes de expansión o de abrir nuevos espacios/talleres?

R2: Eso siempre. Espacios no sé, pero talleres sí. Por ejemplo, se ha dado en años anteriores, estaría bueno impulsar nuevamente, taller de bordado para las vecinas, siempre ha tenido buena repercusión y han hecho varias muestras en un centro cultural de la zona, es super lindo. Una de las vecinas también ha tenido por dos años consecutivos el tráiler de decoupage, un taller decorativo, venían 20 pibas, estaba buenísimo, más apuntado a mujeres a partir de 16/17 años, en adelante. Así que veíamos a muchas madres que vienen a traer a sus hijos acá, vecinas que hace mucho no veíamos, ex alumnas que participaban, eso me parece super importante. La idea es siempre poder ofrecer otros talleres aparte de estos dos que son cabecera.

39.E: En relación a la edad, al taller asisten niñeces y adolescentes tempranos, ¿tiene un límite de edad? ¿Es un taller abierto?

R2: En realidad, nosotros al momento de inscripción o desde que se creó el taller, se pensó que fuera hasta los 13/14 años, pero la realidad es que si viene alguien más grande también se lo puede incluir, en eso somos un poco flexibles. De hecho, antes el mínimo de edades era 6/7 años y a veces vienen niños de 3 o 4 años, los integramos también y logramos darle una actividad más fácil, más lúdica, más práctica, así que sí, es flexible la cuestión de edades.

40.E: Me comentabas que los chicos se inscriben, ¿Como se realiza la inscripción?

R2: Se inscriben al inicio de clases escolares calendario, tratamos de una semana antes de la fecha escolar empezar con las inscripciones acá, traemos los computadores, cargamos las planillas en un formulario y le preguntamos a cada responsable/madre/padre toda la información que nos pueda dar de su niño; fecha de nacimiento, escuela que asiste, dirección, teléfono, si se retira solo o si alguien lo busca, eso es super importante. Esa ficha se realiza una vez al año, cargamos todos los datos ahí y se anotan tanta cantidad de alumnos. A veces algunos padres no

podieron venir y nos avisan o aparecen después a traer a sus hijos y lo anotamos igual en el momento.

41.E: ¿Cómo se organiza el taller durante el año?

R2: Durante el verano tratamos siempre de mantener el ritmo (..) tratamos de garantizar que haya un cine por mes, una vez festejamos un carnaval. Activar en algo. Y también lo que surja tratamos de hacerlo, siempre que haya equipo para sostenerlo. Después durante el receso escolar de vacaciones de invierno, aparte del de verano, tenemos dos semanas de vacaciones de invierno: ahí lo mismo, intentamos en esas dos semanas por lo menos un día proponer una actividad con los chicos; ya sea poner una mesa de juegos con algo más, traer un espectáculo de alguien conocido que pueda venir o sino una película.

Se procede a agradecer la participación y cierre de entrevista.

Encuentros: notas de campo

Se me presentó a la referente del espacio y las profesoras voluntarias. Se me explicó qué espacios tienen disponibles, cómo se organizan, cuál es la duración del taller. Luego, se realizó un trabajo sobre la identidad. La consigna fue que dibujaran qué les gusta hacer, quiénes son. Luego se sacaban preguntas de una bolsa, previamente escritas.

Al ser un jueves feriado, se asistió a apoyo escolar un martes. Los participantes se encontraban distribuidos con voluntarios, casi de manera individualizada.

Los participantes asistieron a la feria del libro. El jueves posterior, en un primer momento, se conversó sobre la salida y los libros. Luego, se distribuyeron libros infantiles en las mesas. Podían trabajar solos o conjuntamente si varias personas habían elegido el mismo cuento. Si algún chico no podía leer, leía un docente o compañero. Luego, debían dibujar la tapa y contratapa del libro elegido.

En relación a la identidad, se retomó la temática a partir del dibujo de un mapa colectivo: primero se indagó sobre si sabían qué era un mapa; luego se mostraron diferentes tipos de mapa (conceptuales, búsqueda del tesoro, etcétera.). A partir de eso cada chico dibujó su propio mapa, con libre interpretación. Después, pusieron todos los mapas en un pergamino largo y los pegaron, uniéndolos con hilos.

Clase de Origami: un participante dio clase sobre cómo realizar ranas de origami. Todos los participantes prestaron atención, haciendo preguntas. Luego de realizarlos, los pintaron.

Varios participantes cumplían años, por lo que se compró una torta y se soplaron las velitas. Ese mismo día, se realizó la primera entrevista mientras los participantes estaban en un taller de escarapelas dictado por un centro cultural cercano. La entrevista duró una hora y cuarto y se realizó en el patio donde se realizan las actividades.

Las voluntarias llevaron distintos materiales al espacio: bloques, cuadrados, muñecos. La propuesta fue que construyeran de manera cooperativa. Los participantes construyeron torres, casas, y jugaron con los muñecos que había. Luego, se generó un espacio de guardado en el que cada uno debía guardar lo que utilizó.

La clase del jueves fue planificada para realizar cuestiones más lúdicas, debido a las bajas temperaturas. Al ser un espacio al aire libre, se planteó esa alternativa para sostener el espacio. Sin embargo, ese día los participantes apenas llegaron pidieron dibujar. Todos realizaron dibujos libres. A partir de esta clase, y en las siguientes, la investigadora comenzó a ser incluida por los participantes como una profesora más.

En la clase del 19/6, se realizó la entrevista a la referente de arte. La propuesta del taller de arte fue, en primer lugar, conversar sobre el Día de la Bandera(20/6), qué se conmemora, cómo era la bandera previamente. Luego se entregaron cartones y plastilina para que armen su propia bandera.

Como materiales se utilizaron palillos de sushi y sorbetes, para realizar nuevamente construcciones, de modo libre. Las construcciones variaron: formas geométricas, casas, personajes.