

Diálogos sobre la intervención y el acompañamiento psicosocial

Entre la experiencia de
CASMCUNAD y otros
proyectos de mediación
institucional



.....
GRUPO DE
INVESTIGACIÓN
MOVILIDAD HUMANA
Y SUBJETIVIDADES Y
SUJETOS COLECTIVOS
.....



DIÁLOGOS SOBRE LA INTERVENCIÓN Y EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

ENTRE LA EXPERIENCIA DE CASMCUNAD Y OTROS PROYECTOS DE MEDIACIÓN INSTITUCIONAL

Autores:

María Del Pilar Triana Giraldo, John Gregory Belalcázar Valencia, Yeison Alfonso Rodríguez Campo, Yuli Andrea Botero, Tatiana Noguera Morales, Ruth Dayana Torrealba Escobar, Paula Andrea Tamayo Montoya, Marisol Bejarano Peláez, María Catalina Echeverri Londoño, Leidy Viviani Larrahondo Gómez, Laura Alejandra Toledo Ospina, Jonny Alexander Cruz Bolaños, Johanna Lucía Monsalve González, Evelin Yamile Portilla Estrada, Emilce Pérez Gallo, Eliana Gisela Henao Holguín, Daniela Giraldo López, Carlos Fernando Cisneros Rincón, Camila Tapia Duque, Ana Lucía Sánchez Villafañe

Grupo de Investigación Movilidad Humana y Subjetividades y Sujetos Colectivos

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD

Jaime Alberto Leal Afanador

Rector

Constanza Abadía García

Vicerrectora académica y de investigación

Leonardo Yunda Perlaza

Vicerrector de medios y mediaciones pedagógicas

Édgar Guillermo Rodríguez Díaz

Vicerrector de servicios a aspirantes, estudiantes y egresados

Leonardo Evemeleth Sánchez Torres.

Vicerrector de relaciones intersistémicas e internacionales

Julialba Ángel Osorio

Vicerrectora de inclusión social para el desarrollo regional y la proyección comunitaria

Myriam Leonor Torres

Decana Escuela de Ciencias de la Salud

Clara Esperanza Pedraza Goyeneche

Decana Escuela de Ciencias de la Educación

Alba Luz Serrano Rubiano

Decana Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas

Martha Viviana Vargas Galindo

Decana Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades

Claudio Camilo González Clavijo

Decano Escuela de Ciencias Básicas, Tecnología e Ingeniería

Jordano Salamanca Bastidas

Decano Escuela de Ciencias Agrícolas, Pecuarias y del Medio Ambiente

Sandra Rocío Mondragón

Decana Escuela de Ciencias Administrativas, Contables, Económicas y de Negocios

Diálogos sobre la intervención y el acompañamiento psicosocial.

Entre la experiencia de CASMCUNAD y otros proyectos de mediación institucional

Autores:

María Del Pilar Triana Giraldo, John Gregory Belalcázar Valencia, Yeison Alfonso Rodríguez Campo, Yuli Andrea Botero, Tatiana Noguera Morales, Ruth Dayana Torrealba Escobar, Paula Andrea Tamayo Montoya, Marisol Bejarano Peláez, María Catalina Echeverri Londoño, Leidy Viviani Larrahondo Gómez, Laura Alejandra Toledo Ospina, Jonny Alexander Cruz Bolaños, Johanna Lucia Monsalve González, Evelin Yamile Portilla Estrada, Emilce Pérez Gallo, Eliana Gisela Henao Holguín, Daniela Giraldo López, Carlos Fernando Cisneros Rincón, Camila Tapia Duque, Ana Lucía Sánchez Villafañe

**303.4
T821**

Triana Giraldo, María del Pilar
Diálogos sobre la intervención y el acompañamiento psicosocial: entre la experiencia de CASMCUNAD y otros proyectos de mediación institucional / María del Pilar Triana Giraldo, John Gregory Belalcázar Valencia, Yeison Alfonso Rodríguez Campo ... [et al.] -- [1.a. ed.]. Bogotá: Sello Editorial UNAD /2023. (Grupo de Investigación Movilidad Humana y Subjetividades y Sujetos Colectivos)

ISBN: 978-958-651-918-2

e-ISBN: 978-958-651-920-5

1. Salud mental 2. Psicología comunitaria 3. Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD) 4. Bienestar psicológico 5. Psicología de la infancia y adolescencia I. Triana Giraldo, María del Pilar II. Belalcázar Valencia, John Gregory III. Rodríguez Campo, Yeison Alfonso IV. Botero, Yuli Andrea V. Noguera Morales, Tatiana VI. Torrealba Escobar, Ruth Dayana VII. Tamayo Montoya, Paula Andrea VIII. Bejarano Peláez, Marisol IX. Echeverri Londoño, María Catalina X. Larrahondo Gómez, Leidy Viviani ... [et al.]

ISBN: 978-958-651-918-2

e-ISBN: 978-958-651-920-5

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades - ECSAH

©Editorial

Sello Editorial UNAD

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Calle 14 sur No. 14-23

Bogotá, D.C.

Octubre de 2023.

Corrección de textos: Angie Sánchez

Diagramación: Angélica García

Edición integral: Hipertexto SAS

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons - Atribución – No comercial – Sin Derivar 4.0 internacional.

https://co.creativecommons.org/?page_id=13.





Contenido

Reseña del libro	11
Agradecimientos	13

PRIMER EJE. DIÁLOGOS EN TORNO A LAS EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DESDE LOS CENTROS DE ESCUCHA CASMCUNAD 14

Capítulo 1. Los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (CASMCUNAD) como escenarios potenciadores de los servicios de salud mental de calidad, acordes con los contextos y particularidades de los territorios 15

Contexto de la propuesta de intervención/acción	17
Historia de los modelos de salud mental comunitaria en Latinoamérica	19
Desarrollo de la intervención/acción	21
Proceso metodológico	23
Conclusión	27
Referencias	33

Capítulo 2. Nociones y tipos de afrontamiento comunitario en Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria (CASMCUNAD) 39

Introducción	40
Desarrollo	42
Estado del arte	43
Análisis cartográfico (Institución Educativa Simón Bolívar, Tunja)	50
Comunidad B (Colegio Nacionalizado La Presentación. Duitama, Boyacá)	52
Comunidad C (Comunidad vereda la Guafilla, Casanare)	54
Conclusión	58
Referencias	59

Capítulo 3. Nociones sobre comunidad presentes en el diagnóstico participativo comunitario de 26 grupos humanos del programa CASMCUNAD 63

Introducción	64
Desarrollo	65
Resultados	68

Discusión	76
Conclusión	80
Referencias	81
Capítulo 4. Desafíos y retos de la salud mental comunitaria dentro del acompañamiento psicosocial a través de las dimensiones de bienestar y desarrollo humano articulado a la estrategia CASMCUNAD	83
Introducción	84
Desarrollo	88
Estado del arte	91
Análisis documental	96
Análisis cartográfico	102
Categorías	104
Bienestares	104
Resultados	117
Conclusiones	119
Referencias	121
SEGUNDO EJE. DIÁLOGOS Y REFLEXIONES EN TORNO A LA INTERVENCIÓN Y EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL	125
Capítulo 5. La intervención y el diseño de estrategias de intervención... más allá del simple intervenir	127
Resumen	129
La realidad social, ¿una realidad social descubierta, inventada o falseada?	130
De la realidad social, su transformación o cambio... lo psicológico y lo social	139
Las estrategias, campos semánticos – contenidos de la acción	144
Conclusión	149
Referencias	149
Capítulo 6. De la intervención al acompañamiento psicosocial: reflexiones desde el enfoque psicosocial	151
Introducción	152
El enfoque psicosocial, una apuesta crítica en psicología: aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos	153
Implicaciones de asumir un enfoque psicosocial: en el rol del psicólogo, en la investigación y en la comunidad	156

Trascender el concepto de intervención	159
El acompañamiento psicosocial como alternativa a la intervención social	164
Conclusiones	169
Referencias	171
Capítulo 7. Dimensiones interpretativas de la cartografía social desde su aplicación en los procesos comunitarios en Colombia	175
Introducción	175
Definiendo la cartografía social	179
A partir de ahí, cartografía social como técnica	183
Cartografía social como herramienta	185
Cartografía social como proceso de orientación desde la experiencia	186
Cartografía social como forma de intervención	188
Conclusión	189
Referencias	192
TERCER EJE. EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN UN DIÁLOGO CON LO INSTITUCIONAL	196
Capítulo 8. ¡Cuidate cuidador! Proyecto psicosocial para inclusión de cuidadores de niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional	197
Resumen	197
Introducción	198
El apoyo psicosocial a cuidadores como camino para la inclusión	203
Primeros pasos. La construcción de un nicho para el desarrollo del proyecto psicosocial “¡Cuidate cuidador!”	205
Nuevas expectativas. La reapertura de espacios presenciales y el fortalecimiento del proyecto psicosocial “¡Cuidate cuidador!”	208
Avances durante el pilotaje del proyecto psicosocial “¡Cuidate cuidador!”, junio 2022	213
Conclusión	215
Referencias	217
Capítulo 9. Apuesta de intervención para la construcción de redes solidarias en el municipio de Palmira-Valle, Colombia	219
Aproximación inicial. Redes solidarias, la apuesta en el fortalecimiento del desarrollo comunitario	220

Miradas de lo comunitario sobre las redes solidarias	222
Proyección metodológica para la intervención en redes solidarias, hilando tejido social	226
Acciones diagnósticas, “aproximándonos a la realidad desde sus actores”	226
Desarrollo etapas de intervención: paso a paso entrelazando visiones y tejido social	227
Análisis: “la construcción del tejido en red, una apuesta comunitaria para la sociedad”	228
Sugerencias y proyección del proyecto	235
Conclusión	235
Referencias	236
Capítulo 10. Prácticas profesionales en psicología. Experiencias en instituciones educativas en el departamento de Boyacá	239
Resumen	240
Salud mental en Boyacá	242
Categorías iniciales	245
Instituciones educativas	247
Metodología	248
Resultados	249
Conclusión	250
Recomendaciones	250
Referencias	251
Capítulo 11. Acompañamiento psicológico para la mitigación del impacto de la hospitalización en un servicio de pediatría	255
Introducción	255
Definición del problema	257
Estado del arte	259
Objetivos	261
Metodología	261
Técnicas e instrumentos de recolección de información	262
Acciones dinamizadoras del programa de acompañamiento psicológico	264
Plan de acción	265
Conclusión	266
Referencias	270

Índice de figuras

Figura 1. Fases de implementación del modelo CAMSCUNAD	23
Figura 2. Nociones del afrontamiento comunitario como forma, herramienta y respuesta	47
Figura 3. Tipos de afrontamiento	48
Figura 4. Elementos cartografía comunidad A	50
Figura 5. Tipos de afrontamiento	51
Figura 6. Elementos cartografía comunidad B	52
Figura 7. Tipos de afrontamiento identificados en la comunidad B	53
Figura 8. Elementos cartografía comunidad C	54
Figura 9. Tipos de afrontamiento identificados en comunidad	55
Figura 10. Comunidad D (INEM “Carlos Arturo Torres”, Tunja)	56
Figura 11. Tipos de afrontamiento en la comunidad D	57
Figura 12. Ruta para el análisis de resultados	69
Figura 13. Definiciones y conceptos de bienestar, primera voz	93
Figura 14. Bienestar subjetivo y salud mental, segunda voz	94
Figura 15. Ley 1616 de salud mental en Colombia tercera voz	95
Figura 16. Esquemas de síntesis primera, segunda y tercera voz (dimensiones de bienestar y desarrollo humano en la salud mental comunitaria)	96
Figura 17. Niveles paso a paso del diseño de estrategias de intervención- acompañamiento psicosocial	130
Figura 18. La realidad social, una construcción	135
Figura 19. Intención – Acciones de transformación o cambio de la realidad social	138
Figura 20. El principio relacional: lo psicológico y lo social	143
Figura 21. Las estrategias, campos semánticos para la acción	148
Figura 22. Categorías específicas	183
Figura 23. Cartografía social como técnica	184
Figura 24. Cartografía social como herramienta	186
Figura 25. Cartografía social como experiencia	187
Figura 26. Cartografía social como intervención	189
Figura 27. Triangulación de categoría comunes	191
Figura 28. Análisis de categorías	191
Figura 29. Árbol de problemas proyecto “¡Cuídate cuidador!”	209
Figura 30. Árbol de problemas proyecto “¡Cuídate cuidador!”	211
Figura 31. Árbol de problemas	221

Figura 32. Análisis de nube de palabra: aprendizaje durante el acompañamiento	233
Figura 33. Impacto generado por el programa de acompañamiento	269

Índice de tablas

Tabla 1. Grupos humanos	22
Tabla 2. Grupos impactados	24
Tabla 3. Aportes por categorías de análisis	27
Tabla 4. Comunidades seleccionadas para el análisis	42
Tabla 5. Definiciones de afrontamiento comunitario de primera voz	44
Tabla 6. Definiciones de afrontamiento comunitario segunda voz	45
Tabla 7. Ubicación geográfica de los grupos humanos	66
Tabla 8. Grupos participantes de la investigación	69
Tabla 9. Aspectos que consideran los grupos humanos para definir comunidad	70
Tabla 10. Grupos humanos vistos como comunidad	73
Tabla 11. Grupos sociales	74
Tabla 12. Instituciones educativas participantes	75
Tabla 13. Definiciones y conceptos de bienestar, primera voz	97
Tabla 14. Bienestar subjetivo y salud mental, segunda voz	99
Tabla 15. Ley 1616 de Salud Mental en Colombia, tercera voz	101
Tabla 16. Departamento y municipios participantes en CAMSCUNAD (comunidades elegidas para realizar el análisis cartográfico))	103
Tabla 17. Síntesis comunidad A (agrupación NAIDI, Tumaco, Nariño)	105
Tabla 18. Síntesis comunidad B (mujeres afro construyendo un mejor futuro, Puerto Gaitán)	107
Tabla 19. Síntesis comunidad C (vereda Buenos Aires, Las Cruces, Yumbo, Valle del Cauca)	109
Tabla 20. Síntesis comunidad D (trabajadores Planta Extractora Loma Fresca S.A.A., municipio de San Pablo, Bolívar)	111
Tabla 21. Síntesis comunidad E (Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario EPMSC –INPEC–, Villa Nueva, Cali-Valle)	112
Tabla 22. Síntesis comunidad F (Grupo Scout Jaguares 605, Palmira-Valle del Cauca)	115
Tabla 23. Verbalizaciones para la acción	136
Tabla 24. Diferencias entre la intervención social y el acompañamiento psicosocial	167
Tabla 25. Registro de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en el Valle del Cauca	200
Tabla 26. Resumen plan de acción proyecto psicosocial “¡Cuídate cuidador!”	212

Reseña del libro

El presente libro nace de la apuesta que tiene la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades frente a la co-construcción de conocimiento acerca de las prácticas y experiencias de trabajo que se vienen desarrollando en el marco de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD).

Solo desde el año 2020 en plena pandemia, con el trabajo articulado de la Maestría en Psicología Comunitaria y el programa de Psicología, se comienza a promover una estrategia de prácticas desde un modelo de la salud mental comunitaria que permea a los territorios y logra un impacto real en los procesos de bienestar humano. De ahí que en el primer eje, denominado “Diálogos en torno a las experiencias de intervención psicosocial desde los centros de escucha CASMCUNAD”, se logren consolidar cuatro ejercicios de investigación orientados desde la Maestría de Psicología Comunitaria, y que hacen referencia con el despliegue de los CASMCUNAD, reflexionando cómo en ellos (los centros y los procesos mediados por los estudiantes y maestrantes) se realizan grandes aportes no solo desde la práctica, sino también a elementos conceptuales como el afrontamiento comunitario, los bienestar (bienestar humano-psicológico y subjetivo), el diagnóstico participativo y en general se apuesta a los retos que implican hoy la acción psicosocial en territorio.

En el segundo eje, denominado “Diálogos y reflexiones en torno a la intervención y el acompañamiento psicosocial”, aparecen tres grandes discusiones que se convierten en necesarias a propósito de lo que se viene desarrollando con comunidades con apoyos de la virtualidad, además, con las lógicas de lo que significa el acompañamiento vs. la intervención. En ese sentido, se configura como un escenario propicio para la consolidación de un pensamiento que trascienda la acción psicosocial.

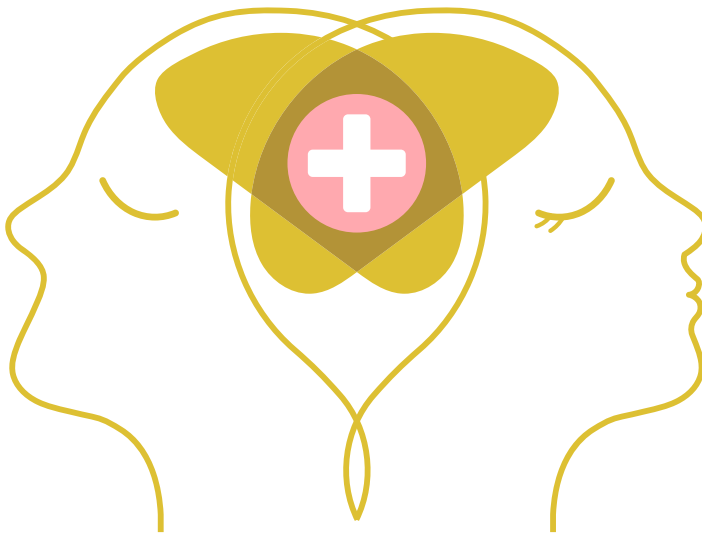
Finalmente, en el tercer eje, titulado “Experiencias de intervención psicosocial en un diálogo con lo institucional”, se da cuenta de cuatro experiencias de trabajo comunitario que lograron tener un impacto real en las comunidades y dan cuenta de modelos y acciones innovadoras para el campo psicosocial con diversos actores sociales. Una mirada desde la institucionalidad al campo de la investigación/acción comprometida con la transformación social.

En suma, es importante señalar al lector que la producción de este libro y los tres ejes que lo conforman nace en medio de una crisis global donde la psicología comunitaria requiere de la generación de conocimiento, acompañamiento y acción pertinente y que

el trabajo que se viene adelantando en temas de salud mental comunitaria dan avances y rutas claras para trabajarlo. Todo ello ha generado retos científicos que demandan fortalecer la formación y divulgación en el campo institucional.

María del Pilar Triana Giraldo

Líder de la Maestría en Psicología Comunitaria





Agradecimientos

Agradecemos a la Maestría en Psicología Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD por el apoyo recibido para la publicación de este libro.

A quienes participaron como autores, a los estudiantes, maestrantes e investigadores externos que con sus aportaciones hicieron posible los contenidos de este libro.

A los grupos humanos que participan actualmente en CASMCUNAD, así como al *staff* que está en el marco de la estrategia.

PRIMER EJE

DIÁLOGOS EN TORNO A LAS EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DESDE LOS CENTROS DE ESCUCHA CSMCUNAD



Capítulo 1

Los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (CASMCUNAD) como escenarios potenciadores de los servicios de salud mental de calidad, acordes con los contextos y particularidades de los territorios



María del Pilar Triana Giraldo¹

Yeison Alfonso Rodríguez Campo²

1 Psicóloga y especialista en Pedagogía para el Desarrollo del Aprendizaje Autónomo. Magíster en Migraciones Internacionales y estudiante de doctorado en Derecho.
Correo: maria.triana@unad.edu.co

2 Psicólogo. Magíster en Psicología Comunitaria. Correo: yeisonrodriguezcampo@gmail.com

Alrededor de la década de los 60 se inician movimientos de detracción contra la psicología clásica buscando replantear no solamente los conceptos de salud y enfermedad mental, sino también su abordaje y tratamiento (Galván, 2009). Coper en 1978 propone el término “antipsiquiatría” como un intento de establecer una postura crítica frente a la atención de personas con trastornos mentales desde el esquema de internación o “manicomio” reorientándolo a abordajes diferentes al encierro y en entornos sociales reconocidos por el paciente (Bang, 2004). Fundamentado también en las propuestas de Foucault (1964) de que el encierro lejos de buscar la rehabilitación y reintegración a la comunidad tenía por finalidad apartar de la sociedad a aquellas personas que se consideraban anormales o “locas” invisibilizándolas y desapareciéndolas del escenario social.

También Bang (2004) precisa que el esquema de encierro por largos periodos de tiempo, o en algunos casos de por vida, debe reconsiderarse y otorgar la importancia necesaria al papel de la comunidad en los procesos de rehabilitación, lo que resulta en un trabajo tanto con una persona en particular como con todo el grupo humano al cual pertenece, logrando mejores resultados no solo a corto plazo, sino logrando que los mismos se mantuvieran en el tiempo.

Por lo anterior, es muy importante que se generen estrategias de trabajo de salud mental al interior de las comunidades para determinar diagnósticos e intervenciones coherentes con las necesidades de los diferentes grupos humanos y de esta manera impactar positivamente en su desarrollo, disminuyendo factores de riesgo y mejorando la calidad de vida. En Colombia existe la Ley 1616 de 2013 en la cual se establece la necesidad de crear los Centros de Atención en Salud Mental Comunitaria, que se encargarían de realizar este trabajo al interior de las comunidades, prestando una atención adecuada, contextualizada y además descongestionando significativamente el sistema de salud. Sin embargo, siete años después de sancionada la norma, aún no existe una reglamentación clara al respecto y, por lo tanto, ninguno de estos centros ha sido construido.

Tanto la normatividad vigente como la necesidad de implementar estrategias de abordaje en salud mental comunitaria promueven la creación de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD), por medio de los cuales es posible abordar a las comunidades desde sus contextos particulares y apoyar de manera adecuada y funcional sus procesos de mejoramiento. Además, teniendo en cuenta que la UNAD hace presencia en todo el país por medio de sus diferentes sedes, la implementación de los CASMCUNAD puede hacerse a lo largo del territorio nacional, no solo desde la perspectiva de diagnóstico y acción psicosocial de comunidades específicas, sino también contribuyendo a la construcción

de un modelo de salud mental comunitario para Colombia a partir de ocho modelos regionales consistentes con las ocho zonas en las cuales la universidad ha dividido administrativamente al país.

Durante el segundo semestre del año 2020 los CASMCUNAD iniciaron la fase 1.1 o de diagnóstico participativo comunitario con la inclusión de 53 comunidades, presentes en 37 municipios de 14 departamentos del país. En el 2021 se desarrollan las fases 1.1 y 1.2 con un total de 108 comunidades, terminando el año con 76 comunidades activas. En el presente escrito se encuentra el desarrollo de esta estrategia y los resultados obtenidos en este periodo de trabajo.

Contexto de la propuesta de intervención/acción

La propuesta actual en el mundo para los procesos de salud mental es la desinstitutionalización de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento, la atención en el medio social, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Minsalud, 2018). Procesos que pueden ser desarrollados y atendidos de manera adecuada desde los modelos de salud mental comunitaria por medio de los Centros de Salud Mental Comunitarios, propuestos en la Ley 1616 de 2013.

Sumado a las anteriores problemáticas sociales están las diferentes afectaciones mentales producto del confinamiento y demás situaciones relacionadas con el SARS-CoV-2, producida por el COVID-19, que requieren ser atendidas y que algunas de ellas aún siguen desconocidas. Algunos estudios (Hawryluk et al., 2004) basados en la epidemia de SARS del 2003 establecieron que la cuarentena y el confinamiento fueron determinantes para la presentación de angustia psicológica, trastorno de estrés postraumático y depresión, además de los síntomas de ansiedad producto del temor que generaba el riesgo de contagio, los cuales no desaparecieron una vez fueron levantadas las medidas de protección, sino que permanecieron de manera posterior al desconfinamiento. Balluerka et al. (2020) determinaron en un estudio realizado en España, entre los meses de marzo y mayo del año 2020, que tanto la pandemia como el confinamiento han afectado significativamente la estabilidad emocional y conductual no solo de las personas que se han aislado de manera drástica, sino también de quienes realizan trabajos y oficios que por su naturaleza impliquen la atención masiva de personas y, por lo tanto, un riesgo alto de contagio. En Colombia, en un estudio publicado por COLPSIC en el año 2021, se determinó que el confinamiento y el riesgo de afectaciones a la salud física por causa de la pandemia

generaron riesgos de depresión, somatización, ansiedad, soledad y baja resiliencia (Sanabria-Mazo et al., 2021).

Todo lo anterior plantea claramente la necesidad de priorizar la atención funcional y adecuada de la salud mental en entornos comunitarios, con el objetivo no solamente de disminuir la posibilidad de convertir en crónicas patologías de base, sino de abordar con criterios de participación activa las diferentes problemáticas dentro de una población, permitiendo el concurso de todos los actores, estableciendo estrategias cualitativas con un enfoque de apropiación social del conocimiento, y fundamentado en metodologías como la investigación acción participativa (IAP) por medio de la cual, la construcción comunitaria es quien define y estructura rutas de acción. Es en este espacio en donde los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD) no solo responden pertinentemente a las necesidades en atención de las problemáticas sociales, sino que, en cumplimiento de la Ley 1616 de 2013, promueven el acceso a la salud de una mayor cantidad de personas, descongestionarían significativamente el sistema de salud y mejorarían la calidad de vida de las comunidades.

Los CASMCUNAD buscan contribuir a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación en salud mental dentro las comunidades en las cuales desarrollen su labor, teniendo en cuenta el marco teórico propio de la psicología comunitaria, la participación y construcción desde lo social y el enfoque de la apropiación social del conocimiento. Estos centros abordan la salud mental y sus problemáticas desde la metodología de la investigación acción participativa (IAP), que permite una construcción continua en el reconocimiento de realidades y contextos desde perspectivas particulares y grupales, permitiendo y promoviendo la apropiación social del conocimiento. Por tanto, la salud mental es una construcción colectiva que debe ser comprendida desde la percepción misma de la comunidad y su búsqueda activa de transformación y avance (Colmenares, 2012).

En consecuencia, la salud mental comunitaria se entiende para los CASMCUNAD como el bienestar que permite el desarrollo de los diferentes potenciales del individuo en interacción con un grupo humano, el cual se beneficia y beneficia a sus miembros. La estrategia CASMCUNAD está coordinada desde la Maestría en Psicología Comunitaria de la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades (ECSAH), y ha sido implementada en las ocho zonas en las cuales tiene influencia la Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Vincula de manera permanente a docentes, estudiantes de pregrado y posgrado en especial de la ECSAH.

Estos CAMCUNAD, como centros de acompañamiento en salud mental con enfoque comunitario, parten del principio de reestructuración de conceptos como el de salud

mental y el de comunidad tanto en la atención, acompañamiento y rehabilitación de las personas que padecen cualquier tipo de trastornos, además de comprender que la salud es una construcción grupal en la que participan todos los miembros de una comunidad, y cuyos resultados influyen en la población en general.

Historia de los modelos de salud mental comunitaria en Latinoamérica

En el año 1990 la Declaración de Caracas establece la necesidad de replantear los modelos de atención e intervención en salud mental planteando que es fundamental “que la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria” (OPS y OMS 1990, p. 2), teniendo en cuenta que el modelo de desinstitucionalización ha mostrado mejores resultados en el tratamiento de diversas enfermedades mentales (Bang, 2004). Dicha declaración se erigió como un hito para el abordaje de la salud mental en Sudamérica al aceptar la transformación de un modelo médico hacia uno social.

En Cuba, desde el año 1959 se crea el Sistema Nacional de Salud que permite brindar cobertura en salud asistencial a toda la población, además de replantear la atención en salud mental de lo intrahospitalario, a lo comunitario. Se establecieron servicios de psiquiatría en los hospitales generales y servicios de atención ambulatoria, los equipos de salud mental comenzaron a proyectarse a la comunidad. Desarrollaron un modelo de atención psiquiátrica desde los perfiles clínico, epidemiológico y social. “El perfil social está dado porque considera las necesidades de salud de la población, y porque en la solución de esos problemas, la comunidad participa activamente” (León, 2002, párr. 6).

En 1972 en Chile tuvo lugar la Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud Pública del Hemisferio y se elaboró el Plan Decenal de Salud para las Américas, con orientaciones específicas en el área de salud mental, entre las que se destacan la atención ambulatoria y en comunidad, el empleo de técnicas colectivas, la creación de organismos técnicos de salud mental en los Ministerios de Salud y el fomento de la investigación epidemiológica, y la necesidad de definir por cada uno de los países políticas claras de salud mental (León, 1976).

En Argentina, a partir del año 1980 se inician procesos de reestructuración de los servicios de salud mental en hospitales generales, inicialmente explicitando este tipo de atenciones y, posteriormente, con la conformación de equipos interdisciplinarios

que privilegiaban la restauración de los lazos sociales. Este tipo de apertura hacia la comunidad significó la creación de centros de salud comunitarios, hospitales de día y programas residenciales y ocupacionales (López, 2011).

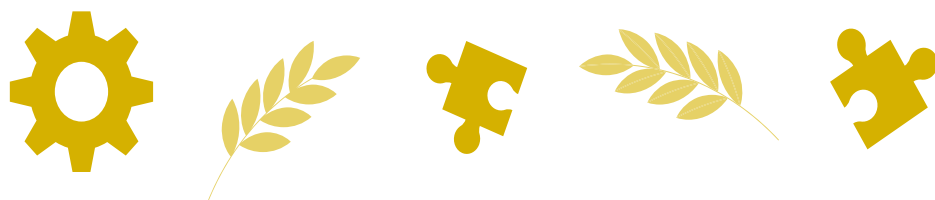
En Ecuador desde el año 2007 se han realizado esfuerzos desde el Estado para implementar el modelo de salud mental comunitaria en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), con el fin de sustituir el enfoque médico-biologicista-asistencial por otro que promueva la salud en los ámbitos individual, familiar y comunitario. Un avance significativo fue el Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015-2017 que plantea la sustitución del modelo de atención hospitalaria, por un modelo de atención comunitaria. Sin embargo, a pesar de la existencia de la normatividad la implementación no ha sido posible por la carencia de recursos (Camas, 2018).

En Colombia, teniendo como base la Ley 100 de 1993 se han formulado propuestas de deshospitización y desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales. Sin embargo, en la práctica no se han logrado los resultados esperados dado que ha sido muy difícil modificar el paradigma existente en cuanto a la atención en salud mental desde el contexto comunitario, “siendo aún la clínica o el hospital psiquiátrico el eje de la atención de estas, mientras que las alternativas de atención y rehabilitación en comunidad son pocas” (MinSalud, 2013, p. 5).

Por otra parte, en el año 1998 emergen los Dispositivos Comunitarios en respuesta principalmente a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas y como enlace entre los servicios de salud formales y los no formales, y de esta manera permitir el acceso a una mayor población. Entre los años 2002 y 2005 el Ministerio de Salud y Protección Social configuró dispositivos comunitarios como Centros de Escucha y Centros de Orientación y Acogida Comunitaria. Para el 2009 se implementan Dispositivos Comunitarios como las Zonas de Orientación Escolar (ZOE) y las Zonas de Orientación Universitaria (ZOU). Para el 2011 en la Ley Estatutaria 1438 se plantean disposiciones para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con énfasis en atención primaria en salud.

En el año 2013 la Ley 1616 de Salud Mental establece la necesidad de implementar Centros de Salud Mental Comunitarios en todo el territorio nacional, además, en el mismo año se formula el “Modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria” del Ministerio de Salud (Minsalud, 2013). El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, en su dimensión de Convivencia y Salud Mental, establece la importancia de los dispositivos comunitarios como alternativas de acción en salud mental comunitaria, el cual es reiterado en el plan decenal 2022-2032.

En el 2015 el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Resolución 518 de 2015, adopta formalmente los dispositivos comunitarios como una tecnología clave para la acción del sector salud. Además, la Ley Estatutaria de Salud – Ley 1751 de 2015, en reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y por ende de los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades) como centro de la atención en salud, deriva en la apuesta que hace la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Para el año 2018 se formula la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) en articulación con la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019). Finalmente, para el año 2020 el Ministerio de Salud emite los lineamientos para la implementación de Dispositivos Comunitarios en Salud.



Desarrollo de la intervención/acción

En el desarrollo teórico para la implementación de los CASMCUNAD se formula el siguiente concepto de comunidad, fundamentado en los aportes que en la materia han realizado Bang (2014), Erazo y Moreno (2014), Montero (2004, 2010), Sánchez (2002), Krause (2001) y Zambrano y Berroeta (2012). La comunidad puede entenderse como un organismo vivo, con historia propia, en constante desarrollo y transformación, conformado por individuos que comparten un territorio común (incluyendo lo que podría definirse como “territorios virtuales” u “organizaciones sociales”), que se agrupan alrededor de aspiraciones, intereses, necesidades, objetivos, y cuyas relaciones internas se fundamentan primordialmente desde lo afectivo, en un reconocimiento del “otro” sobre lo meramente productivo. Los miembros de una comunidad tienen consciencia de su existencia como un colectivo (sentido de comunidad), de pertenencia al mismo y de lo identitario correspondiente, se benefician y benefician a los demás a partir de sus constantes interrelaciones y del apoyo social, desempeñan roles, observan el cumplimiento de normas tanto explícitas como tácitas (propias de este grupo) para su interacción y la realización de acciones conjuntas.

Del anterior concepto surgen cuatro divisiones de los grupos humanos en los cuales trabajan los CASMCUNAD, cuyas características son:

Tabla 1. Grupos humanos

Aspecto	Comunidad indígena	Comunidad de base	Organizaciones sociales	Organizaciones formales
Filosofía de vida, doctrina o cosmovisión sustentante	Comparten cosmovisión, usos y costumbres.	No necesariamente comparten una misma cosmovisión, aunque pueden compartir algunos usos y costumbres.	Comparten filosofías de vida, doctrinas o cosmovisiones que definen las dinámicas de la organización.	No es necesario compartir una cosmovisión o una filosofía de vida.
Territorialidad	Comparten el arraigo a un territorio específico. Territorios indígenas.	Comparten un territorio con sus potencialidades y necesidades.	No necesariamente comparten territorios físicos, dado que pueden compartir territorios virtuales o pertenecer al grupo humano y provenir de diferentes territorios.	No necesariamente comparten territorios físicos dado que pueden compartir territorios virtuales, o pertenecer a la organización y provenir de diferentes territorios.
Ejercicio de la autoridad	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas y son reconocidas por el grupo.	El liderazgo es emergente y no necesariamente representativo.	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas, y son reconocidas por el grupo.	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas, y son reconocidas por el grupo.
Pertenencia	Las personas nacen al interior de la comunidad – no voluntaria.	Está generalmente condicionada a factores externos – no voluntaria.	Es generalmente voluntaria.	Vinculación generalmente laboral.

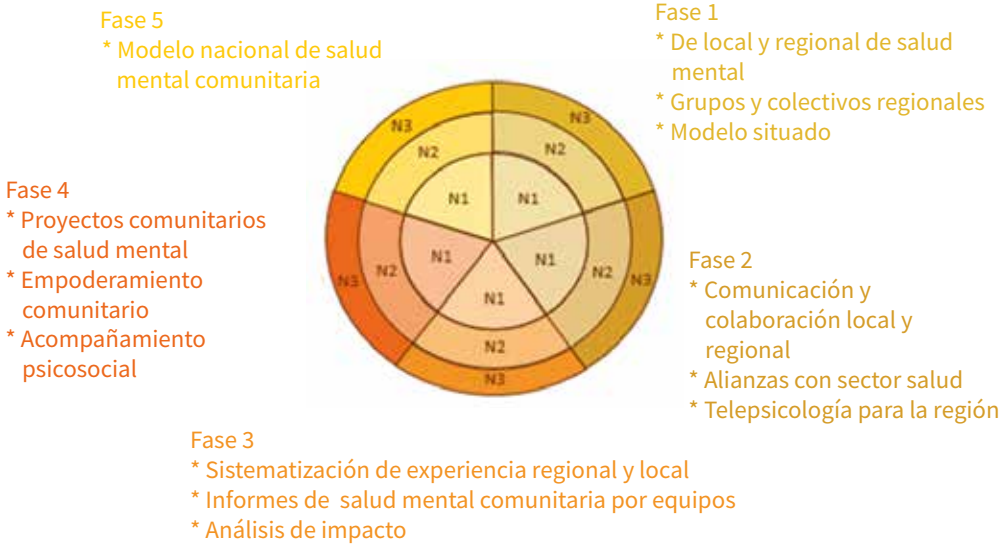
Fuente: CASMCUNAD (2020).

Proceso metodológico

La estrategia CASMCUNAD asume un modelo dinámico de interacción multinivel que establece 5 fases así:

Figura 1. Fases de implementación del modelo CASMCUNAD

Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria



Fases de implementación estratégica CASMCUNAD:
 Nivel 1 - N1: Comunidad
 Nivel 2 - N2: Equipo interdisciplinario
 Nivel 3 - N3: Institucionalidad

Fuente: ESCAH – UNAD (María del Pilar Triana).

Cada una de las fases está elaborada de manera participativa con el *staff* de la estrategia integrada por:

Comunidad: 123 comunidades distribuidas en 21 departamentos y 77 municipios.



Tabla 2. Grupos impactados

Fase	Atendidas - Activas	Inactivas ³	Total	Impacto directo	Impacto indirecto (aprox.)
Fase 1.1	26	0	26	344	1800
Fase 1.2	36	35	71	471	2500
Fase 2	14	12	26	180	1000
Total	76	47	123	995	5300

Fuente: CASMCUNAD (2021).

1. Coordinadores de programa: hacen parte permanente de la estrategia CASMCUNAD la líder del programa de Maestría en Psicología Comunitaria y la líder del programa de Psicología de la universidad.
 2. Docente de prácticas de la Maestría en Psicología Comunitaria: teniendo en cuenta que algunos de los estudiantes maestrantes se encuentran desarrollando el curso de prácticas, también harán parte de la implementación de la estrategia los docentes que orienten este curso dentro del programa de posgrado.
 3. Docentes de prácticas del programa de Psicología: serán los encargados de orientar y supervisar el proceso de prácticas de los estudiantes del programa de pregrado en Psicología para los escenarios 1 y 2.
 4. Estudiantes del curso de práctica de la Maestría en Psicología Comunitaria: los estudiantes del programa de posgrado en Psicología Comunitaria asumirán el rol de tutores dentro del proceso, por lo tanto, coordinarán junto con los monitores (docentes del pregrado en Psicología) las diferentes acciones que se llevarán a cabo para la implementación de la estrategia.
- 3 Las comunidades inactivas se reconfiguran para un acompañamiento diferencial, por lo que se estable con ellas un plan diferente que implica la reestructuración de tiempos y herramientas, si bien, desean continuar el proceso el acceso no es continuo y, por tanto, el proyecto las define como inactivas.

5. Estudiantes del curso de práctica escenario 2 del pregrado en Psicología: los estudiantes del pregrado en Psicología estarán desarrollando sus prácticas profesionales tanto del escenario 1 como del escenario 2 y estarán encargados del trabajo directo con las comunidades.
6. Invitados nacionales e internacionales: profesionales y académicos expertos en la implementación de intervenciones psicosociales en comunidades, cuya misión será evaluar los diferentes procesos y aportar para su mejoramiento.

En general, en promedio son 45 profesionales, 80 estudiantes y 6 invitados nacionales e internacionales.

Durante el desarrollo del proceso en las fases transcurridas se han desarrollado diferentes herramientas e instrumentos que apoyan la metodología de la estrategia:

- » En la fase 1.1 las comunidades reflexionan sobre su salud mental comunitaria desde 5 categorías (resiliencia, afrontamiento comunitario, inclusión social, sentido de comunidad y bienestar) logrando que la comunidad sea líder de su planteamiento y motive a gestar su bienestar en comunidad.
- » En la fase 1.2 se aplican instrumentos de salud mental comunitaria propios derivados de discusiones internas en el equipo y ajustadas a cada grupo humano, donde se evidencia el estado de estas desde la salud mental positiva, apoyo social, sentido de comunidad, entre otros.
- » En la fase 2 se realiza un análisis de contexto y de acuerdo con lo encontrado en la fase de diagnóstico se plantea una intervención donde la comunidad participa de forma dinámica en el fortalecimiento de su salud mental comunitaria. Se desarrolló una herramienta para el reconocimiento de redes comunitarias, paso a paso que permite un trabajo conjunto con la comunidad para definir redes percibidas, recibidas y brindadas.

Uno de los primeros pasos del abordaje es la caracterización de la comunidad, la cual se convierte en la información previa de la dinámica comunitaria. Esta herramienta se construye desde una visión del grupo humano que se contacta y la necesidad de información que requiere previamente el proyecto. Se puede ver la caracterización como

diagnóstico inicial, como parte de la intervención, como instrumento o como punto de partida que permite el autorreconocimiento de la comunidad de sus potencialidades.

Metodología de aplicación de cartografías: CASMCUNAD va en función de las comunidades y desde allí reconoce en época de pandemia que el abordaje a las comunidades es desde la conectividad, por ello crea un paso a paso para la aplicación de cartografías de forma virtual, que ha servido de base para la aproximación a las necesidades y problemas sociales que cada grupo humano experimenta.

La estrategia cuenta con herramientas propias como:

- » Carto-expresión. El cual es un espacio de reconocimiento de la cartografía social como expresión misma de la comunidad.
- » Instrumento para la selección de actores CASMCUNAD.
- » Herramienta de redes comunitarias con la información previa, contactos y experiencias.
- » Página web donde se consigna la información de CASMCUNAD y el desarrollo de sus fases durante el año 2020 y 2021.
- » Repositorio. Espacio donde reposan documentos, informes, evidencias y todo lo que se gesta desde y con la participación comunitaria durante el proceso de abordaje.
- » Formatos propios de CASMCUNAD para informes cartográficos, de aplicación de instrumentos y documentos en general.

En la fase 3 cada comunidad elabora su plan de salud mental comunitaria considerando sus propias lógicas y necesidades y fortalecida con la red que ha trabajado.

En la fase 4 el equipo consolida el trabajo realizado, para esto se cuenta ya con 10 tesis de maestría con cada una de las categorías desarrolladas, análisis cartográfico por comunidad, análisis de caracterización y análisis crítico de la propuesta metodológica con comunidades étnicas, lo cual nos aproxima a un modelo regional de salud mental comunitaria.

En la fase 5 el equipo consolida el trabajo por cada región para enunciar un modelo nacional de salud mental comunitaria ajustada al Plan Decenal 2022-2032 y a la Ley 1616.

Conclusión

Los aportes de la propuesta CASMCUNAD como bien se pueden expresar se encuentran en el desarrollo metodológico de una estrategia implementada a nivel nacional que elabora herramientas propias ajustadas a cada grupo humano. Se ha caracterizado por comprender las dinámicas psicosociales que rodean el ejercicio de lo comunitario, fortaleciendo las competencias profesionales del equipo a través de escenarios de formación y capacitación organizados de manera colaborativa, reorganización y evaluación permanente de lo encontrado, evidenciando la necesidad de un trabajo diferencial con cada comunidad y fortaleciendo en cada grupo humano su autorreconocimiento y gestión de la salud mental comunitaria.

Algunos aportes por categorías en cada uno de los grupos humanos se reflejan así:

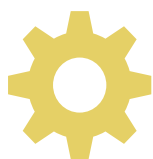
Tabla 3. Aportes por categorías de análisis

Concepto de comunidad		
Comunidad (no incluye comunidades indígenas)	Organización social	Organización formal
Tienen objetivos y metas comunes, sin embargo, no necesariamente comparten una filosofía, doctrina o cosmovisión particular, es más, pueden tener percepciones y creencias muy diversas y aun así pertenecer al grupo.	Tienen objetivos y metas comunes, los cuales se ven fundamentados en una filosofía, doctrina o cosmovisión particular que es aceptada y compartida por todos los miembros del grupo, y que permite interpretar la realidad de una manera particular.	No necesariamente comparten metas y objetivos, más allá del cumplimiento de una labor o acción específica. Tampoco tienen en común formas de interpretar la realidad, cosmovisiones o creencias.

<p>El liderazgo surge por lo general de manera espontánea y es ejercido por la aprobación de un grupo no necesariamente mayoritario, lo que resulta en que no siempre sea representativo.</p>	<p>El liderazgo está estructurado y organizado previamente a la inclusión de nuevos miembros, con posibilidades de ascenso en la escala social para todos los integrantes del grupo previo cumplimiento de requisitos que se desarrollan durante su convivencia dentro de la organización.</p>	<p>Existe la jefatura, dirección o coordinación, la que ha sido delegada a una persona, y que no necesariamente es producto de todo un proceso o de aceptación del grupo. Esta forma de liderazgo no resulta necesariamente en el cumplimiento de los objetivos.</p>
<p>Los miembros de la comunidad pertenecen al grupo de manera por lo general circunstancial y no necesariamente voluntaria.</p>	<p>La pertenencia al grupo se hace de manera voluntaria al compartir cosmovisión o filosofía de vida.</p>	<p>Por lo general no se pertenece al grupo de manera voluntaria sino condicionada. Algunos miembros del grupo desertarían al presentarse condiciones mejores en otras organizaciones.</p>
<p>Categoría: afrontamiento comunitario</p>		
<p>Comunidad (no incluye comunidades indígenas)</p>	<p>Organización social</p>	<p>Organización formal</p>
<p>Por lo general permite la interacción de los diferentes miembros para el abordaje de problemas generales.</p>	<p>Provee de una filosofía, doctrina o cosmovisión que enmarca las acciones de respuesta de los integrantes a las necesidades propias de la cotidianidad.</p>	<p>No necesariamente aporta a los miembros herramientas para afrontar las necesidades cotidianas, como tampoco muestra interés en apoyar a sus integrantes en el abordaje de crisis y problemas.</p>



<p>Promueve la generación de algunas redes de apoyo social que permiten mitigar medianamente fenómenos como el consumo de sustancias psicoactivas, la enfermedad mental, el suicidio, el acoso escolar, la violencia, entre otros, aunque en algunas ocasiones carece de esfuerzos mantenidos y en consecuencia de resultados. Sin embargo, estas redes pueden sectorizarse de manera marcada resultando en alianzas y coaliciones dañinas para el grupo humano.</p>	<p>Establece estrategias organizadas y fundamentadas para el abordaje de diferentes problemáticas, lo que permite seguimiento y resultados. La cohesión producto de cosmovisiones y filosofías de vida aporta al afrontamiento de las necesidades cotidianas.</p>	<p>Existen áreas dedicadas a la convivencia que promueven actividades para mejorar aspectos como el clima organizacional, sin embargo, este tipo de actividades están prioritariamente enfocadas al aumento de la productividad.</p>
<p>No obstante, lo anterior, se presentan problemas de consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, abuso sexual, suicidio, acoso y conflictos en los procesos de convivencia.</p>	<p>Promueve las redes de apoyo social en las que intenta incluir al mayor número de personas posible para que todas logren beneficiarse.</p>	<p>Presentan herramientas de convivencia formales y normatizadas que permiten unos mínimos procesos de convivencia.</p>
<p>Muestra generalmente problemas de convivencia y salud mental que requieren de herramientas de afrontamiento de las que por lo general carecen.</p>	<p>Promueve la salud mental desde sus diferentes acciones, actividades, enfoques y áreas. En diferentes ocasiones permite procesos de reestructuración de proyecto de vida y cambios sostenidos en el tiempo.</p>	



<p>Aunque presentan algunas herramientas que permiten el afrontamiento de problemáticas y de crisis, la manera en que se abordan las diferentes situaciones puede generar mayores conflictos y divisiones.</p>	<p>Las herramientas de afrontamiento parecen tener resultados a corto, mediano y largo plazo para mejorar la salud mental y prevenir fenómenos como el suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, entre otras.</p>	<p>Las herramientas de afrontamiento son fundamentalmente organizacionales enfocadas a la productividad laboral, por lo cual pueden mejorar el rendimiento del equipo, pero no abordan situaciones de salud mental personales.</p>
Categoría: inclusión social		
Comunidad (no incluye comunidades indígenas)	Organización social	Organización formal
<p>La inclusión social es percibida como un proceso de ayuda a la persona en condición de discapacidad frente a la imposibilidad de esta de lograr las cosas por sí mismo (invalidez).</p>	<p>Entiende la inclusión social como un proceso en el cual se hace partícipe a todos los miembros del grupo del sentido de existencia, de la cosmovisión, de las creencias o de la filosofía de vida que sustenta al colectivo.</p>	<p>Existen parámetros para la conformación de equipos de trabajo y de acciones. El resultado se prioriza sobre el proceso y sobre las necesidades individuales de los miembros equipo.</p>
<p>Se generan subgrupos que generalmente se excluyen entre sí, impidiendo el avance de toda la comunidad.</p>	<p>Aunque se generan subgrupos, la existencia de un liderazgo definido y sustentado en la experiencia permite que se mitiguen los efectos de la exclusión social.</p>	<p>Existen subgrupos que la organización permite siempre y cuando las relaciones entre los mismos no impidan el logro de los objetivos organizacionales.</p>
Categoría: sentido de comunidad		
Comunidad (no incluye comunidades indígenas)	Organización social	Organización formal
<p>Existe un sentido de comunidad y de pertenencia a un grupo definido. Sin embargo, esto no significa que no exista el deseo de desertar.</p>	<p>Existe un claro sentido de comunidad y de pertenencia a un grupo definido, el cual permite, teniendo en cuenta normas tácitas y explícitas, diferenciarse claramente de otros colectivos.</p>	<p>No necesariamente existe un sentido de comunidad, sin embargo, existe una noción de equipo, área o departamento, y de unos objetivos que cumplir y productos que entregar.</p>

No necesariamente el sentido de comunidad promueve el trabajo en equipo.	El sentido de comunidad fundamentado en una filosofía, cosmovisión o pensamiento particular permite trazar objetivos específicos que son apoyados por el grupo.	No necesariamente existen objetivos de desarrollo comunes más allá del cumplimiento de las tareas o labores asignadas.
Categoría: resiliencia		
Comunidad (no incluye comunidades indígenas)	Organización social	Organización formal
Provee medianamente de herramientas que permitan afrontar conflictos y situaciones de la cotidianidad.	Promueve herramientas asociadas a la resiliencia fundamentadas en la filosofía propia de la organización.	El equipo de trabajo ha desarrollado cualidades resilientes a partir de las diferentes situaciones propias del entorno organizacional. Este tipo de herramientas no necesariamente se comparten con los demás miembros de la comunidad.
Aunque provee apoyo en algunos casos tanto material como emocional, no necesariamente este resulta en el mejoramiento de la calidad de vida.	Provee de redes de apoyo social que permiten afrontar las diferentes problemáticas tanto a nivel individual como grupal.	Los miembros de las organizaciones identifican su capacidad de abordaje de las problemáticas, en especial en situaciones de trabajo bajo presión y altos grados de estrés.
Las comunidades identificaron que poseen herramientas asociadas a la resiliencia que les han permitido superar diferentes situaciones y que pueden potenciarse en cada una de ellas.	El afrontamiento de las diferentes problemáticas muestra resultados positivos y mantenidos en el tiempo.	Las herramientas de afrontamiento se generan de manera individual y no necesariamente producto de la interacción de los miembros de la organización.
Categoría: bienestar humano		
Comunidad (no incluye comunidades indígenas)	Organización social	Organización formal
Se percibe el bienestar humano como una situación particular, pero condicionada por el entorno inmediato.	Se percibe el bienestar humano como una situación particular, pero condicionada por el entorno inmediato. Sin embargo, existen posibilidades de compartir experiencias y herramientas de bienestar con el grupo.	Se percibe el bienestar humano como una situación particular, pero condicionada por el entorno inmediato.

Se establecen áreas de bienestar humano, en especial la física y la emocional, además de interacciones con grupos como la familia, el trabajo, los amigos, entre otros.	Se establecen áreas de bienestar humano, en especial la física y la emocional, además de interacciones con grupos como la familia, el trabajo, los amigos, entre otros.	Se establecen áreas de bienestar humano, en especial la física y la emocional, además de interacciones con grupos como la familia, el trabajo, los amigos, entre otros.
Aporta a los diferentes aspectos del bienestar humano como la construcción de identidad, de grupos de apoyo y amistades, sin embargo, también promueve la exclusión social y puede fomentar hábitos asociados a las adicciones.	Teniendo en cuenta la filosofía que sustenta a la organización, suma cada una de ellas criterios de bienestar humano propios de su cosmovisión.	Promueve el bienestar humano desde servicios de psicología tanto en el ámbito de la terapia como desde el ámbito organizacional, enfocado especialmente en la productividad y el logro de los objetivos organizacionales.
	Promueven el bienestar humano desde sus diferentes esferas, apoyando el desarrollo personal y grupal.	

Fuente: CASMCUNAD (Yeison Rodríguez).

Para CASMCUNAD el desarrollo de un concepto de comunidad que trasciende de lo territorial geográfico hacia lo territorial virtual, la comunidad como una organización de adhesión voluntaria, o las diferentes percepciones y cosmovisiones conjugadas en grupos confinados por lo laboral, permitió comprender la salud mental comunitaria desde escenarios muy diversos, no solamente desde las comunidades ancestrales o armonías espirituales, sino ingresando a lugares, grupos y colectivos carentes de sentido de pertenencia o de cohesión interna, pero cuyas dinámicas se asemejan a las de otros grupos humanos, con mayores o menores necesidades y afectaciones en diferentes áreas de su salud, lo que implica la necesidad de entender la salud mental comunitaria desde muy diferentes perspectivas, observaciones y observadores.

Comprender la territorialidad sin territorio propio o común es otro de los avances empíricos de los CASMCUNAD, dado que existen grupos humanos y organizaciones que funcionan como comunidades, pero que carecen de un arraigo territorial. Es más, carecen de espacios físicos de interacción, pero presentan muchas veces sentidos de pertenencia hasta con mayor intensidad que algunas comunidades de base.

Otra conclusión, la comunidad como aquel grupo humano marginal con grandes necesidades para su supervivencia y a quien se debe asistir dadas sus incapacidades fue un hallazgo dentro de las representaciones sociales que del concepto tenían una gran mayoría de los participantes. Parte del trabajo de los CASMCUNAD fue ayudar a reestructurar esta representación social en dos sentidos, el primero en cuanto al concepto mismo de comunidad, y el segundo en lo referente a la acción psicosocial diferenciándola del asistencialismo social.

La implementación de diferentes herramientas de diagnóstico participativo comunitario a través de mediaciones virtuales fue un avance, producto de la pandemia, pero que permitieron generar competencias para la aproximación a las comunidades y el abordaje de la acción psicosocial de estas.

Referencias

- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el caribe*, 30(1), 123-145.
- Auburn, G., Gott, M. y Hoare, K. (2016). What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 980-1000.
- Balcazar, F. (2003). Investigación acción participativa (IAP): aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades*, 4(7-8), 59-77.
- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo M., Gorostiaga, A., Espada, J., Padilla, J. y Santed, G. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de Investigación*. Universidad del País Vasco.
- 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.
- Bosco, S. (2011). *Maneras colectivas de enfrentar problemas: ¿Mejor muchos que uno?* [tesis de posgrado]. Universidad del País Vasco.
- Camas, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (42). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>

- Cano, J., Gala, F., Lupiani, M., Guillén, C., Roa, J. y Lupiani, N. (2004). Consecuencias psicopatológicas de las catástrofes y desastres: el síndrome del estrés postraumático. *Revista Psiquis*, 25(1), 4-11.
- Castro, J. (2017). “RESILIENCIA, el trascender de la experiencia. Estrategias psicosociales para la potenciación individuo-comunidad”. Séptimo Simposio Internacional de Psicología Comunitaria. Bucaramanga, Colombia.
- Colmenares, A. (2012). Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. file:///C:/Users/Yeison/Downloads/Dialnet-InvestigacionaccionParticipativa-4054232%20(2).pdf
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia*, (3), 1-16.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica.
- Galván, V. (2009). La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 485-500.
- Guadamuz, E. (1991). La investigación-acción participativa: Sus bases conceptuales y metodológicas. *Revista ABRA*, 11(15-16), 9-46.
- Gabinas, V. (2012). Dilemas intervención psicosocial. ¿Qué y cómo hacerlo? *Revista Latinoamericana de Psicología Social IMB*, (1), 140-153.
- Hawryluck, L., Gold, W., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. y Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, 10(7), 1206-1212.
- Herazo, I. y Moreno, B. (2014). *Sentido de comunidad en un pueblo originario: Santa Martha Acatitla (Entre los Carrizos)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Herrera, M. (2010). *ABC del diagnóstico rápido participativo*. https://www.academia.edu/26928675/ABC_DEL_DIAGNOSTICO_RAPIDO_PARTICIPATIVO
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *ENE. Revista de Enfermería*, 10(2). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006

Hormazábal, N. y Riquelme, C. (2009). Modelo comunitario en salud mental y psiquiatría como modelo tecnológico. *Revista GPU*, 5(2), 245-249.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). (2019). *Boletín estadístico mensual. Diciembre. Subdirección de Servicios Forenses Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia – CRNV*. INMLCF.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). (2020). *Boletín estadístico mensual. Abril. Subdirección de Servicios Forenses Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia – CRNV*. INMLCF.

Krause, M. (2001). Hacia una definición del concepto de comunidad. Cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. *Revista de Psicología*, 10(2), 4-60.

Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Minister of Supply and Services.

Larban, J. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental. “Contenido y contenido”. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, (49), 205-224.

Latorre, A. (2007). *La investigación-acción. Conocer y cambiar la práctica educativa*. Grao.

León, C. (1976). *Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica*. Oficina Sanitaria Panamericana.

León, M. (2002). La atención comunitaria en salud mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(5), 340-348.

López, C. (2011). Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria, *Revista Salud Mental y Comunidad*, 77-84.

Marín, E. (2013). *Una mirada sobre la inclusión social* (documento inédito). UNAD.

Maya, I. (2012). *Sentido de comunidad y potenciación comunitaria*. Universidad de Sevilla.

Ministerio de Salud. (2013). *Modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Protección Social en Colombia*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co>

gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-desinstitucionalizacion-trastorno-mental.pdf

Ministerio de Salud. (2018). *Boletín de salud mental. Análisis de indicadores en salud mental por territorio*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf>

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.

Montero, M. (2010). Fortalecimiento de la ciudadanía y transformación social: área de encuentro entre la psicología política y la psicología comunitaria. *Psyche*, 19(2), 51-63.

Mori, M. (2008). *Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria*. Universidad San Martín de Porres.

Muñoz, B. y Barrantes, A. (2016). *Equidad e inclusión social: superando desigualdades hacia sociedades más inclusivas*. Organización de los Estados Americanos.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (1990). *Declaración de Caracas*. OPS; OMS. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

Páez, D., Vázquez, C. y Echeburúa, E. (2012). Trauma social, afrontamiento comunitario y crecimiento postraumático colectivo. En M. Carrasco y B. Charro (eds.). *Crisis, vulnerabilidad y superación* (pp. 15-50). Universidad de Comillas.

Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F. y Escobar, F. (2020). *Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social*. Universidad Nacional de Colombia.

Rojas, B. (2020). *OVI Unidad N.º 1. El diagnóstico participativo comunitario*. UNAD.

Rodríguez, Y. (2021). *CASMCUNAD ECSAH*. UNAD.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of psychiatry*, (147), 598-611.

Sanabria-Mazo, J., Useche-Aldana, B., Ochoa, P., Rojas-Gualdrón, D. y Sanz, A. (2021). *Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia*. Editorial CES.

Urquijo, M. (2014). La teoría de las capacidades en Amartya Sen. *EDETANIA*, (46), 63-80,

Velázquez, T. y Valdez, R. (2012). Una propuesta de salud mental comunitaria frente a la violencia social. *Revista de Ciencias Sociales*, (25), 130-143.

Villagrán, L., Reyes, C., Wlodarczyk, A. y Páez, D. (2014). Afrontamiento comunal, crecimiento postraumático colectivo y bienestar social en el contexto del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia psicológica*, 32(3), 243-254.

Zambrano, A. y Berroeta, H. (2012). *Teoría y práctica de la acción comunitaria: aportes desde la psicología comunitaria*. RIL editores.

Zaraza, D. y Hernández, D. (2016). Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. *Ciência y Saúde*, 21(8), 2607-2618.





Capítulo 2

Nociones y tipos de enfrentamiento comunitario en Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria (CASMCUNAD)



Leidy Viviani Larrahondo Gómez⁴

⁴ Psicóloga, especialista en cultura de paz y derecho internacional humanitario. Magíster en Psicología Comunitaria. Correo: leidi789@hotmail.com

El proyecto planteado se titula “Nociones y tipos de afrontamiento comunitario en Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria (CASMCUNAD)”. Tiene como objetivo analizar el concepto de afrontamiento comunitario y su validación a través de la experiencia de implementación de Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria (CASMCUNAD). Se contó con una metodología cualitativa de corte de exploración documental y análisis cartográfico. Las técnicas empleadas para recolectar y registrar la información fueron las cartografías sociales de las cuales se analizaron cinco de diferentes comunidades. Los resultados reportan que las comunidades participantes sí poseen afrontamiento comunitario y que los tipos más empleados son la búsqueda de apoyo social y aproximación al medio social, que constituyen herramientas principales para hacer frente a las situaciones significativas que generan malestar e impiden la transformación del tejido social. Se concluye por medio del ejercicio de revisión bibliográfica que se refieren al afrontamiento comunitario y que coinciden que este es la respuesta frente a un hecho que genera estrés y que adicional dicha percepción es compartida por la comunidad.

Introducción

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD planteó la implementación de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD). Estos centros, basados en procesos de abordaje y atención en el marco de la salud mental comunitaria, pueden generar estrategias y procesos de intervención adecuados para la atención de problemáticas psicosociales de diferentes poblaciones y comunidades en el territorio nacional, buscando contribuir a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación en salud mental en las comunidades. Estos centros abordan la salud mental y sus problemáticas desde la metodología de la investigación acción participativa (IAP), que permite una construcción continua en el reconocimiento de realidades y contextos desde perspectivas particulares y grupales, permitiendo y promoviendo la apropiación social del conocimiento.

De hecho, en el diagnóstico participativo comunitario se establecieron cinco categorías, una de ellas fue el afrontamiento comunitario. A partir de lo anterior, la psicología social comunitaria (PSC) también ha tenido retos importantes con el objetivo de contrarrestar los efectos nocivos de dicho proceso. Nace como un compromiso hacia el cambio social para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades que desde esta perspectiva son vistas como entidades dinámicas, gestoras de su propio destino cuyos conocimientos y experiencias merecen ser escuchadas y difundidas, al igual que los saberes privilegiados de la ciencia (Wiesenfeld, 2006). En otras palabras, se concibe a los sujetos como responsables de su transformación social, su empodera-

miento y autonomía. De este modo, uno de los mayores retos de la PSC se orienta hacia la creación de estrategias que podrían ser claves para darle solución a los problemas que se derivan de dicho proceso.

Merece la pena subrayar que, a partir de toda esta concepción, surge un constructo histórico cultural importante y es el afrontamiento, que se refiere a las estrategias de las personas para afrontar y manejar las situaciones estresantes o amenazantes. Lazarus y Folkman (1984) definieron el concepto (afrontamiento) como pensamientos y comportamientos que las personas utilizan para manejar las demandas internas y externas de las situaciones valoradas como estresantes. De lo anterior resulta pertinente preguntarse por los procesos de afrontamiento no solo a nivel individual o subjetivo, sino también a nivel comunitario. De acuerdo con Villagrán et al. (2014), el afrontamiento comunitario representa un proceso en el cual la evaluación y las acciones para resolver un problema se producen en el contexto de las relaciones sociales.

Siendo el objetivo principal de esta investigación analizar el concepto de afrontamiento comunitario y su validación a través de la experiencia de implementación de CASMCUNAD por medio de la cartografía social para aportar al fortalecimiento de la implementación de estos centros, se llevó a cabo la realización de las cartografías sociales con cuatro comunidades educativas pertenecientes al proyecto buscando determinar la existencia o no de afrontamiento comunitario, así como también la identificación de las nociones y tipos de afrontamiento empleado.

La metodología seleccionada para dar cumplimiento con los objetivos de esta investigación es cualitativa, puesto que se considera la más adecuada para dar respuesta eficiente a cada uno de los objetivos planteados. Dicho paradigma es definido por Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) como la investigación que comprende los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto; contiene una serie de recomendaciones incluyendo la de dimensionarlo mediante el apoyo con datos cuantitativos, el de llevar anotaciones de campo de distintos tipos y cómo ingresar al ambiente; incluye guiones que son una excelente herramienta para estructurar las investigaciones.

Esta investigación se realizó en dos fases, la primera corresponde a la revisión documental exploratoria que, según Hurtado (2008), es una técnica en donde se recolecta información escrita sobre un determinado tema, teniendo como fin proporcionar variables que se relacionan indirecta o directamente con el tema establecido, vinculando esta relaciones, posturas o etapas, en donde se observe el estado actual de conocimiento sobre ese fenómeno o problemática existente. No sobra mencionar que esta técnica es de gran utilidad para conocer a profundidad la problemática detectando estrategias

y necesidades a implementar. La segunda corresponde a la comprensión y análisis de las cartografías sociales desde el programa CASMCUNAD para la exploración de la concepción de afrontamiento comunitario a través de la información recolectada.

Tabla 4. Comunidades seleccionadas para el análisis

Comunidad	Departamento y municipio
A. Institución Educativa Simón Bolívar	Boyacá, Tunja
B. Colegio Nacionalizado La Presentación	Boyacá, Duitama
C. Comunidad vereda la Guafilla	Casanare, Guafilla
D. El INEM “Carlos Arturo Torres”	Boyacá, Tunja

Fuente: elaboración propia.

Como se logra evidenciar en la tabla 4, existe una distribución de las comunidades por departamento y municipio que permite un acercamiento al objeto de estudio. Razón por la cual se plantea en el presente abordaje la introducción, seguido del desarrollo el cual se encuentra conformado por el estado del arte, luego se muestra el análisis cartográfico seguido de las conclusiones y del cuerpo de referencias bibliográficas.

Desarrollo

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses reportó para el año 2019 un total de 73.309 casos de violencia intrafamiliar, y 2550 suicidios (INMLCF, 2019), y en el periodo comprendido entre los meses de enero a abril del año 2020, 18.064 casos de violencia intrafamiliar y 729 suicidios (INMLCF, 2020). En ese mismo contexto, el peligro global de SARS-CoV-2 producto del COVID-19 aumentó el riesgo de afectación de la salud mental a nivel mundial. Condición que debe ser afrontada de manera adecuada, teniendo en cuenta los recursos existentes, y enfocada desde y hacia las comunidades. Un estudio realizado por Hawryluk et al. (2004) en Toronto (Canadá), en el cual se analizó la cuarentena frente al virus que producía el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en el año 2003, determinó que los periodos de confinamiento y encierro prolongados se asociaron a la presencia de angustia psicológica, depresión y estrés postraumático.

Por lo cual los individuos han tenido que recurrir a diversas estrategias de afrontamiento que faciliten una mayor adaptación a las nuevas normalidades desde la individualidad y la colectividad.

Desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, el modelo comunitario no solo permite establecer un diagnóstico desde la perspectiva de la población, sino que requiere de una participación activa de la misma, haciéndolos actores responsables en la transformación de su propia realidad. Dicho cambio es el objeto central de todo un proceso sensible, capaz de aproximarse a comprensiones subjetivas y así lograr también un fortalecimiento grupal (Montero, 2010).

Mencionado aspecto no solo apunta a lo teórico, sino también desde lo práctico, fundamentado en la normatividad vigente que requiere la creación de Centros de Salud Mental Comunitarios (Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental) en la percepción del Estado en que el

“tratamiento en comunidad de las personas con trastornos mentales, en comparación con la estancia hospitalaria prolongada, es más costo-efectivo, costo-eficiente y costo-eficaz; favorece su incorporación a la sociedad y mejora su funcionalidad en la vida diaria, lo que sin duda impacta de forma positiva en el pronóstico.” (Ministerio de Salud, s.f., p. 5)

Desde aquí se sustenta también la pertinencia de este ejercicio, siendo este un aporte significativo para futuras investigaciones relacionadas con la temática de afrontamiento comunitario. Serrano y Vargas (1993) mencionan que con las intervenciones e investigaciones las comunidades resuelven problemas inmediatos, fortalecen sus organizaciones; participan en diversas actividades académicas y amplían su comprensión sobre la realidad, reconociendo sus recursos para incidir en ella y resignificando sus problemas como colectivos.

Estado del arte

En este apartado se recopilan las definiciones de primera y segunda voz del concepto de afrontamiento comunitario, es decir, conceptos desarrollados por autores principales y definiciones construidas y constituidas a partir de los elementos de dichos conceptos.

Tabla 5. Definiciones de afrontamiento comunitario de primera voz

Afrontamiento comunitario			
Autor	Año	Definición	Aspectos comunes
Villa-grán et al.	2014	Representa un proceso en el cual la evaluación y las acciones para resolver un problema se producen en el contexto de las relaciones sociales, percibiendo el problema como un evento estresante colectivo.	Teniendo en cuenta el esquema presentado con anterioridad en el cual se muestran tres definiciones de la categoría estudiada, resulta pertinente identificar algunos elementos relevantes de las mismas, así como también las diferencias y similitudes que haya lugar. Así pues, es posible evidenciar que los tres autores coinciden en describir que el afrontamiento comunitario responde a un “hecho o situación estresante” derivado de un problema, y que adicional es compartido por una comunidad, aspectos que se precisan en el siguiente esquema.
Páez et al.	2012	El afrontamiento comunitario es la forma en que las comunidades en su conjunto se enfrentan a las diversas problemáticas y necesidades, las cuales responden a unas formas comunitarias de afrontamiento que son las actividades empleadas por estos para mejorar el estrés colectivo o problema social compartido. Todos los sujetos perciben el suceso estresante como “nuestro” problema en lugar de “mí” o “su” problema. Lo anterior sin duda alguna permite tener una valoración social y poder así activar un proceso de colaboración.	

Bosco	2011	Identifica algunos elementos fundamentales que caracterizan el afrontamiento comunitario siendo el primero de estos la experiencia colectiva compartida, seguida de la evaluación compartida del hecho estresante, del mismo modo, la comunicación colectiva sobre el estrés para poder hallar soluciones, y, por último, la movilización de las relaciones para sobreponerse a situaciones de estrés.	
Páez et al.	2011	El afrontamiento colectivo incorpora la idea de que varias personas afrontan conjuntamente un problema que les afecta como grupo. En el caso de la violencia colectiva el problema afecta tanto al individuo como a su grupo, además generalmente es causado por otro grupo.	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Definiciones de afrontamiento comunitario segunda voz.

Afrontamiento comunitario			
Artículo	Autor	Año	Definición
Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social.	Berenzon et al.	2009	Son los recursos empleados por un grupo de personas para aliviar el malestar emocional que no permite sentirse saludable, algunos de estos recursos son los siguientes: apoyo social y prácticas de autoatención (fuerza de voluntad, ejercicio, manualidades, yoga, entre otras).

Afrontamiento comunitario			
Artículo	Autor	Año	Definición
Afrontamiento familiar en situaciones de secuestro extorsivo económico.	Navia	2008	Las estrategias de manejo que les permiten a las familias ganar cierto tipo de control y disminuir la sensación de incertidumbre. La ayuda debería centrarse en trabajar con las familias para darle un sentido a lo sucedido, redefinir la experiencia en términos constructivos y diseñar estrategias que les permitan sentirse seguras para asumir de nuevo su vida y rutinas diarias.
Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia.	Hewit et al.	2016	Estrategias a través de las cuales se busca aprender de las dificultades identificando los aspectos positivos del problema, y enfocarse en buscar un nuevo significado de la situación problemática.
Estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.	Akl et al.	2016	El afrontamiento se debe entender como la acción que lleva a las víctimas a la búsqueda de mecanismos para enfrentar una situación conflictiva que les genera estrés y que permiten resolver o prolongar indefinidamente problemáticas que afectan la dignidad del ser humano. Algunas de estas estrategias podrían ser: apoyo moral (amigos y familiares), guía espiritual o atención psicológica.

Fuente: elaboración propia.

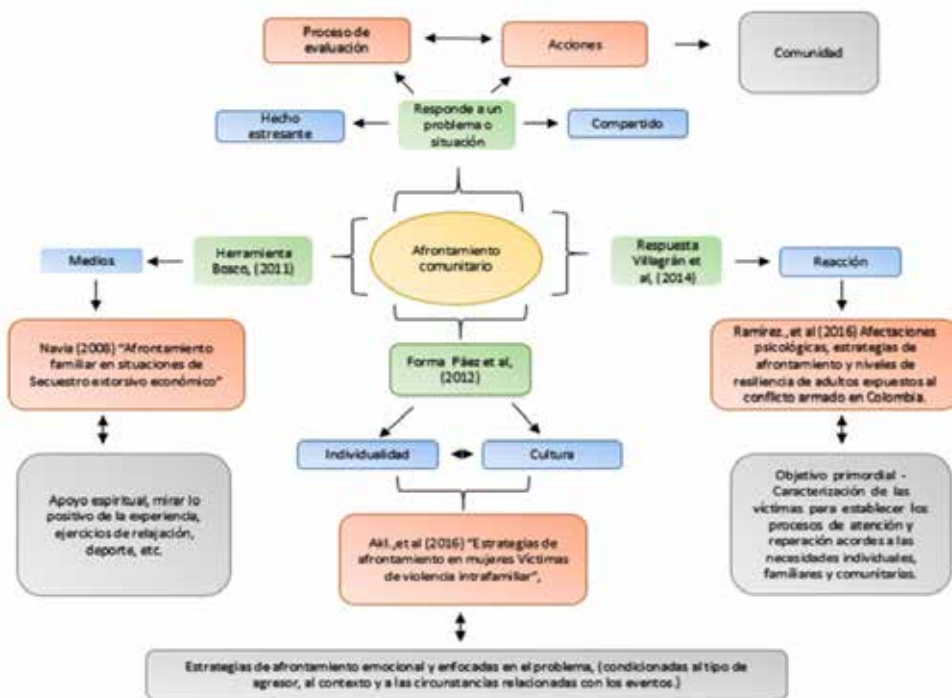
El presente análisis resulta interesante en la medida en que la forma, la respuesta y la herramienta resultan ser elementos distintos, pero que a su vez se complementan y se traducen en soluciones frente a las adversidades comunitarias y que se configuran en la figura 2 de análisis construido. Conviene mencionar que la forma se entiende como un “conjunto de características que hacen que una acción, una actividad o un comportamiento sea diferente cada vez que se hace o según la persona que lo haga” (Diccionario Léxico, s.f., definición 2).

De manera que, como se ejecute, la respuesta frente a las adversidades comunitarias varía y depende de la historia individual, personal y cultura de los individuos de la co-

unidad. Por esta razón, frente a una misma circunstancia las comunidades actúan de manera diferente. Lo anterior se puede notar en el planteamiento de Sedano (2002) quien señala que la vida tiene como característica un organismo vivo dotado de cualidades, “de energías propias, con una figura y una identidad tan propias que nos individualizan, nos distinguen de los demás y nos hacen una persona singular e incanjeable” (p. 183).

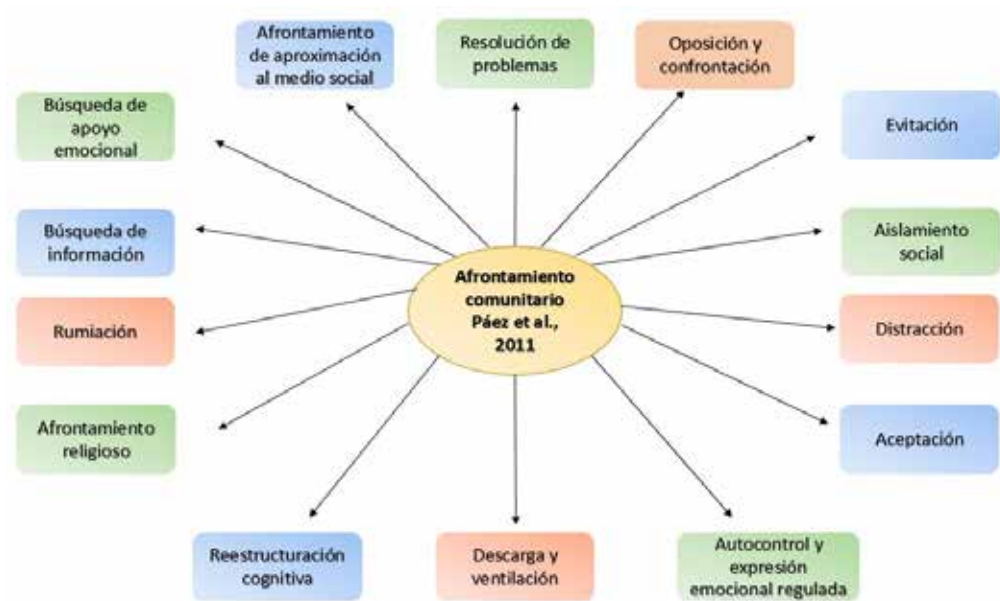
Por otro lado, la respuesta es entendida de acuerdo con la Real Academia Española (RAE, 2001) como una “acción con que alguien corresponde a la de otra persona” (5.ª acepción) o “efecto que se pretende conseguir con una acción” (6.ª acepción) y “reacción” como “forma en que alguien o algo se comporta ante un determinado estímulo” (2.ª acepción). En otras palabras, la respuesta es la acción de responder, pero que necesariamente no implica el carácter individual o cultural que pueda o no incidir (positiva o negativa) en el cómo se da respuesta frente a la situación comunitaria por afrontar. Por último, la herramienta se define como un conjunto de instrumentos que se utilizan para desempeñar un oficio o un trabajo determinado (RAE, 2001). Por consiguiente, para el presente caso las herramientas pueden ser entendidas como los medios que emplean dichas comunidades que contribuyen al mejoramiento o solución de la problemática.

Figura 2. Nociones del afrontamiento comunitario como forma, herramienta y respuesta



Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Tipos de afrontamiento



Fuente: elaboración propia.

Es importante recordar que según Cohen y Lazarus (1979) el afrontamiento es los

“esfuerzos, tanto intra-psíquicos como orientados hacia la acción (intra e interpersonales), para manejar (es decir, dominar, tolerar, reducir o disminuir) las demandas ambientales, las internas a la persona, y los conflictos entre ambas, que son valoradas como excesivas para los recursos de la persona.” (p. 16)

Por su parte, en la figura 3 se pueden apreciar los tipos de afrontamiento existentes frente a las situaciones estresantes y amenazantes, como lo son el claro ejemplo de la violencia y los cambios importantes en las dinámicas sociales que exigen e implican la capacidad de adaptación de las personas implicadas planteadas por Skinner et al. (2003).

El afrontamiento de oposición y confrontación se refiere al componente conflictivo y de expresión de emociones negativas ante estresores interpersonales. Incluye la confrontación o expresión de enojo y agresión ante otros y la atribución de problemas a otros y también se asocia a problemas de conducta antisocial (Skinner et al., 2003). Referente a la evitación, este tipo de afrontamiento incluye respuestas frente al hecho tales como la desconexión mental, evitación del problema, huida, con el objetivo de alejarse de

la situación que genera estrés y que no satisfacen las necesidades del individuo. En cuanto al afrontamiento de aproximación al medio social frente al aislamiento social de acuerdo con los autores, señalan que este tipo de afrontamiento está caracterizado por la búsqueda de ayuda a la comunidad y relaciones sociales o, por el contrario, pueden buscar evitar el contacto con el hecho cuando el entorno apoya la violencia colectiva de la que las personas son víctimas o cuando el entorno prefiere ignorar lo ocurrido y no apoya y entiende las experiencias de las víctimas.

Otro de los tipos de estrategias corresponde al aislamiento social que está asociado con el ocultamiento de sentimientos, retiro parcial o total del entorno social con el fin de evitar que otros individuos tengan conocimiento del hecho. La búsqueda de información como estrategia de afrontamiento hace referencia a la tentativa de aprender más sobre la situación estresante. Asimismo, se considera que es efectiva para atribuirle un sentido a lo ocurrido, junto con la reconstrucción positiva, son las dos tareas cognitivas centrales para asimilar un hecho estresante negativo (Skinner et al., 2003).

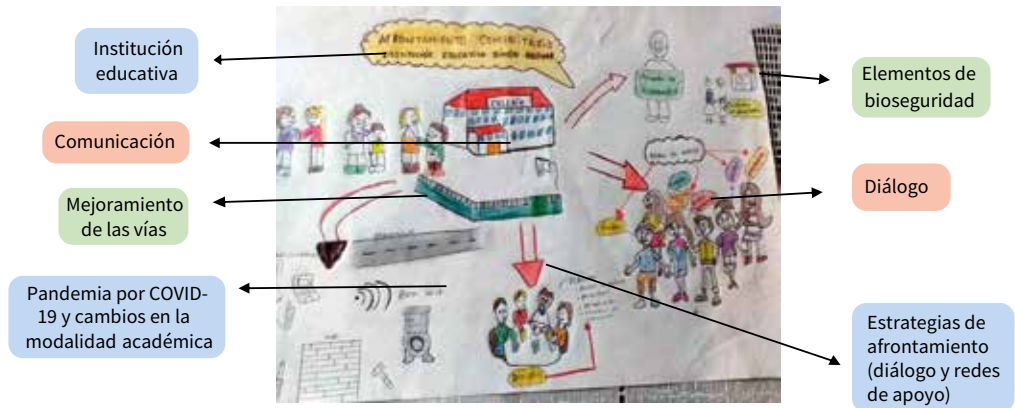
La rumiación es la focalización repetitiva y pasiva en lo negativo y las características amenazantes de la situación estresante. En cuanto a la distracción, para este caso los individuos tratan de realizar actividades alternativas que puede ser hobbies, ejercicio, entre otros, con el fin de evadir la situación estresante y que no generan tanto malestar emocional. En lo concerniente al afrontamiento religioso, los individuos que se aferran a sus creencias religiosas y espirituales pueden mitigar el sinsentido sugiriendo que la pérdida o el suceso estresante tiene un significado y es comprensible.

Entretanto, la reestructuración cognitiva consiste en mejorar el entendimiento de lo ocurrido, es decir, hacer el intento por percibirlo desde diferentes puntos de vista que resulten más positivos. La descarga o ventilación está relacionada con el proceso de expresión emocional por medio del llanto, grito, entre otras expresiones. Finalmente, el autocontrol y expresión emocional regulada, que son los intentos por influir en el afecto y poder expresar de manera constructiva las emociones experimentadas en el momento y lugar indicado.

A continuación, se realiza el análisis de las cartografías a la luz de los dos esquemas presentados con anterioridad, basados en una extensa revisión bibliográfica que permitió establecer las nociones del afrontamiento, así como cada uno de los tipos de afrontamiento.

Análisis cartográfico (Institución Educativa Simón Bolívar, Tunja)

Figura 4. Elementos cartografía comunidad A

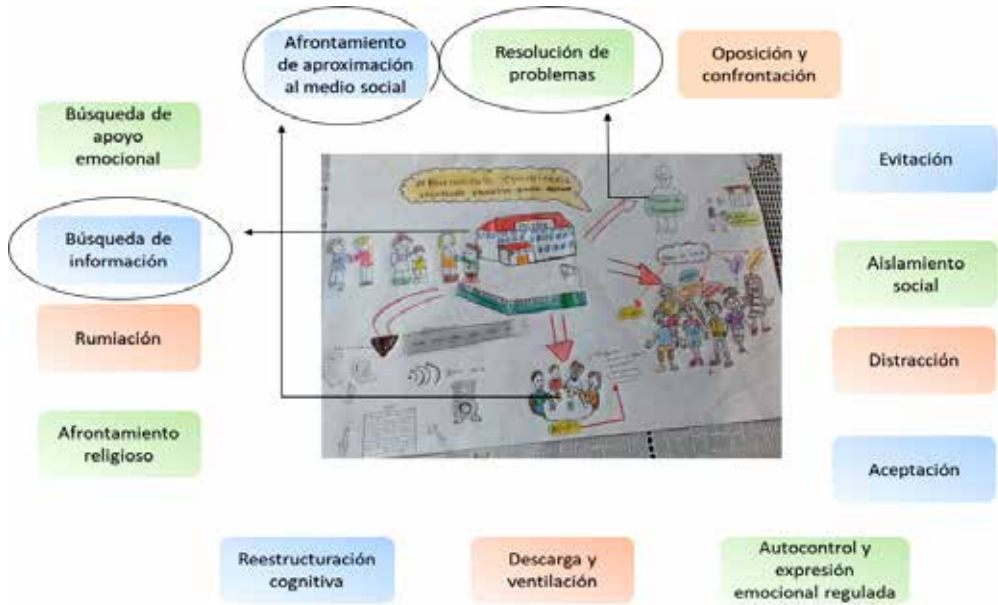


Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta los relatos de los participantes del ejercicio, se pudo evidenciar que la comunidad se enfrenta a diferentes problemáticas sociales de carácter importante, entre ellas refieren como significativa la pandemia por COVID-19, los cambios que ha implicado en la modalidad académica, y la necesidad del mejoramiento de las vías. Al respecto, en la presente cartografía se evidencia que sí existe afrontamiento comunitario y la comunidad lo reconoce como tal. Resulta interesante identificar la forma en que dicha comunidad lo describe como una situación que ha incrementado los niveles de estrés y ansiedad. Por otro lado, realizan de manera muy detallada el análisis que les permitió posteriormente crear estrategias para responder a las demandas del entorno, lo cual representa el proceso de evaluación y las acciones para resolver un problema colectivo estresante en el contexto de las relaciones sociales a las que se refiere Villagrán et al. (2014).



Figura 5. Tipos de afrontamiento



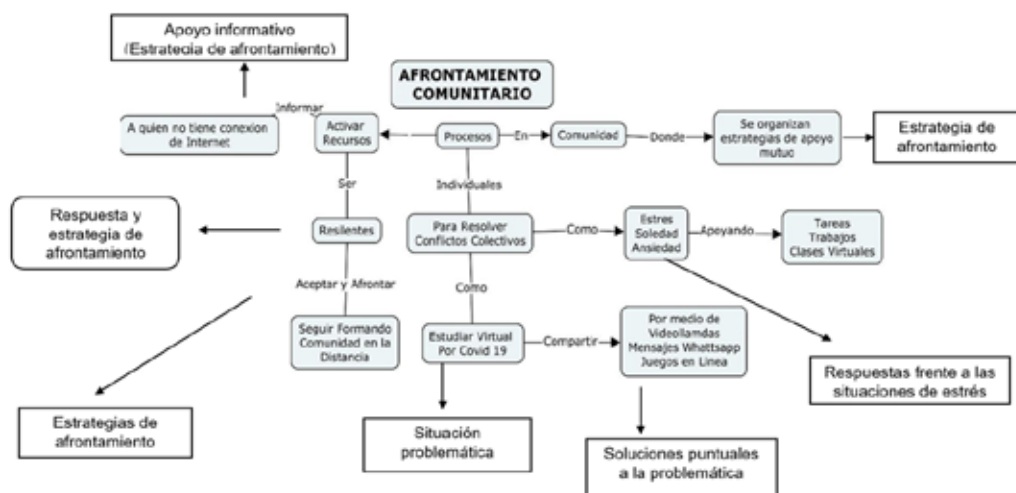
Fuente: elaboración propia.

Referente al tipo de afrontamiento identificado en esta comunidad, por un lado, se evidencia la búsqueda de información y la aproximación al medio social por medio de la cual se busca aprender más sobre la situación que genera estrés (Skinner et al., 2003). Esto se puede evidenciar por medio de la constante comunicación entre los miembros de la comunidad y con la que se busca conocer diferentes puntos de vista y posibles estrategias. Es allí donde surge el uso responsable de todos los elementos de bioseguridad como compromiso social para el beneficio de todos.

Por otro lado, es posible apreciar la resolución de problemas, que guarda relación con las estrategias empleadas para dar solución a la situación problemática, que por tal caso como comunidad promueven el uso responsable de los elementos de bioseguridad. Sin embargo, es posible también afirmar que sería más beneficioso para la comunidad si hicieran mayor uso de los tipos de afrontamiento, esto garantizaría de alguna forma u otras soluciones más rápidas y mayormente efectivas.

Comunidad B (Colegio Nacionalizado La Presentación. Duitama, Boyacá)

Figura 6. Elementos cartografía comunidad B

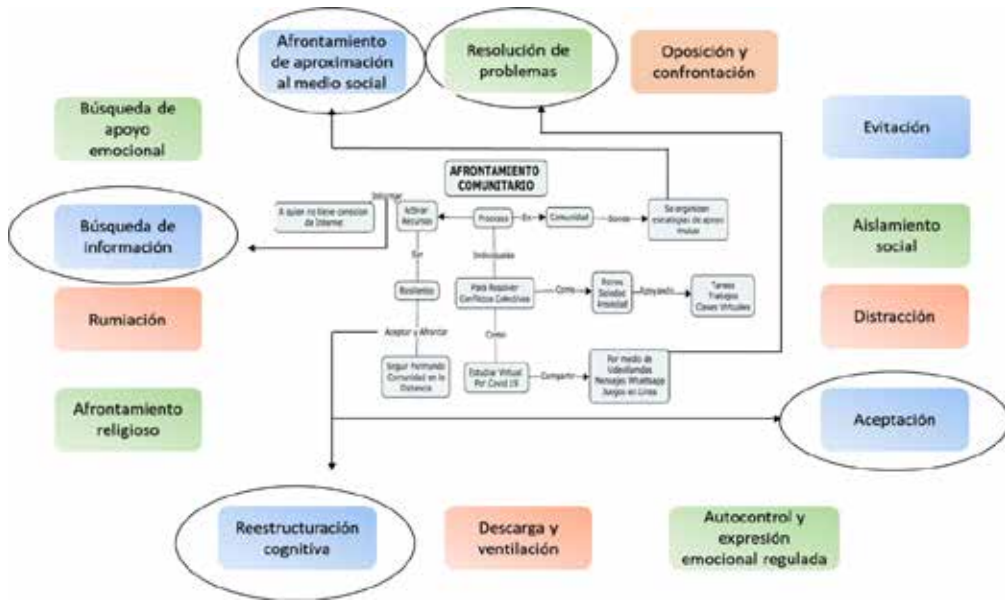


Fuente: elaboración propia.

En la presente cartografía, pese a no tener elementos tan gráficos y descriptivos como la anterior, es posible realizar el análisis de esta con los esquemas orientadores planteados. Para iniciar, referente a la noción de afrontamiento, es posible identificar la noción de respuesta, forma y herramienta. En cuanto a la primera, se pueden apreciar reacciones puntuales como lo son el “estrés, soledad y la ansiedad” generadas por la problemática que refieren como comunitaria que resulta ser la virtualidad como modalidad de estudio por la pandemia por COVID-19.



Figura 7. Tipos de afrontamiento identificados en la comunidad B



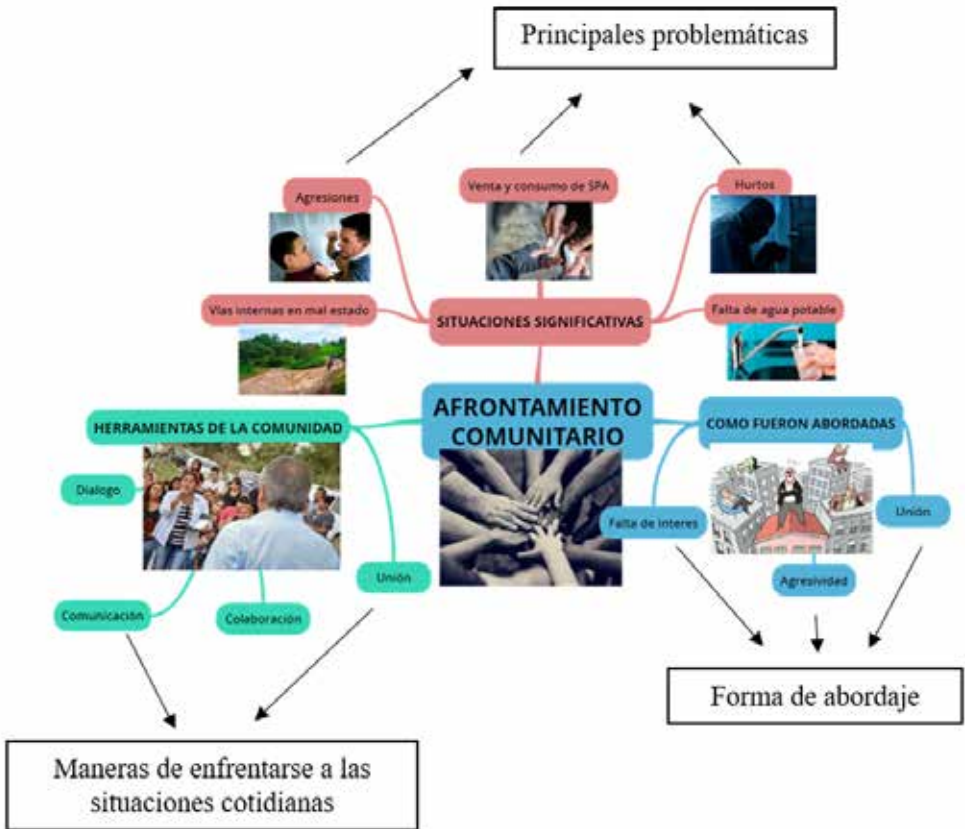
Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, por medio de este esquema cartográfico también resultó posible validar varios de los tipos de afrontamiento referidos por Skinner et al. (2003). En primer lugar, apoyo informativo y aceptación, por medio del cual se hace posible que toda la comunidad esté enterada de los diferentes procesos y se facilite la activación de los recursos como ellos bien lo refieren.

Por su parte, Hsiao y Thayer (1998) sostiene que la comprensión, la búsqueda de información en comunidad, permite descargar emociones y va de la mano con el patrón de afrontamiento de búsqueda de apoyo social. De igual forma, desde un punto de vista más general el afrontamiento de aceptación, de asimilación de la realidad del trauma, si no se asocia a la indefensión y desesperanza, es adaptativo. El estudio de Carcamo et al. (2002) lo confirman, ya que señalan que las personas que aceptan la situación traumática tienen menor probabilidad de manifestar un trastorno de estrés postraumático.

Comunidad C (Comunidad vereda la Guafilla, Casanare)

Figura 8. Elementos cartografía comunidad C



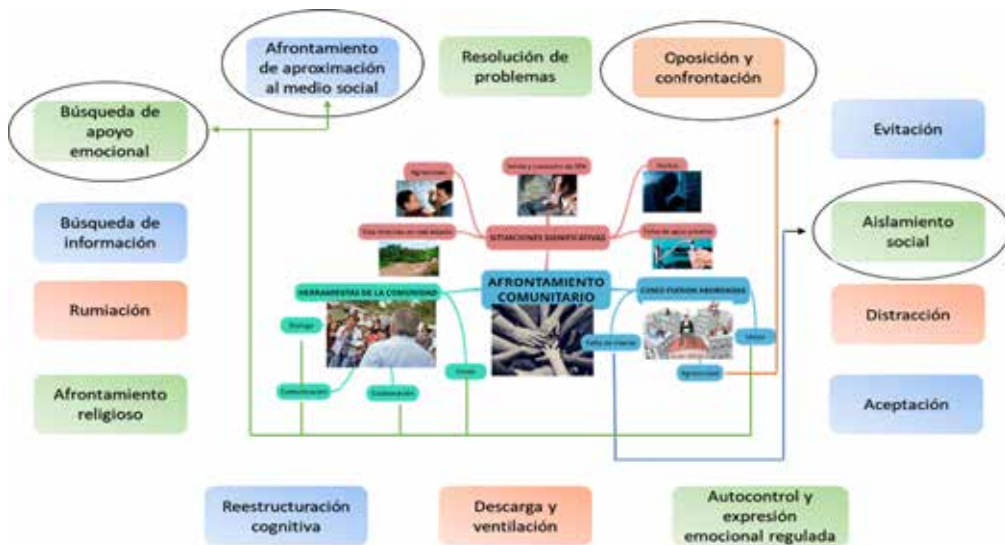
Fuente: elaboración propia.

La comunidad refiere que se han enfrentado a situaciones significativas e importantes tales como el hurto de pertenencia en residencias de esta localidad, daños en las vías internas, afectación de agua potable, venta y consumo de SPA, problemas entre vecinos y residentes venezolanos en el sector. En cuanto a lo anterior, manifiestan que han realizado intentos por solucionar dichas situaciones, pero no ha resultado ser una tarea fácil teniendo en cuenta las reacciones que cada familia tiene frente a un mismo fenómeno. Reportan que existen personas dispuestas a dialogar y también las que no.

En este punto, resulta interesante resaltar que estas respuestas que a su vez son formas de abordaje están relacionadas con el tipo de afrontamiento de *evitación*. De acuerdo con Páez et al. (2011), se incluyen en esta categoría de afrontamiento las respuestas de desconexión mental, desconexión o evitación cognitiva o conductual, evitación del problema, denegación, desconexión voluntaria y huida, que implicarían esfuerzos por desengancharse o alejarse del estrés o de un entorno que no es contingente con las necesidades y metas de la persona. No sobra mencionar que esta *falta de interés* no solo se evidencia en los miembros de la comunidad como tal, sino también por parte de estos entes de control ya que no hacen nada al respecto, lo cual genera una sensación de abandono estatal y falta de seguridad.

Otra de las herramientas que refieren es la “unión” que promueve la junta de acción comunal encabezada por los principales líderes. No obstante, va de la mano con el tipo de afrontamiento de búsqueda de apoyo emocional. Según un estudio sobre el 11-M el afrontamiento de búsqueda de apoyo se asoció a la descarga emocional, así como al crecimiento personal (aprender las prioridades de la vida, mejorar como persona). Esto confirma que las personas creen que hablar, descargar y mejorar se asocian entre sí (Páez et al., 2011).

Figura 9. Tipos de afrontamiento identificados en comunidad

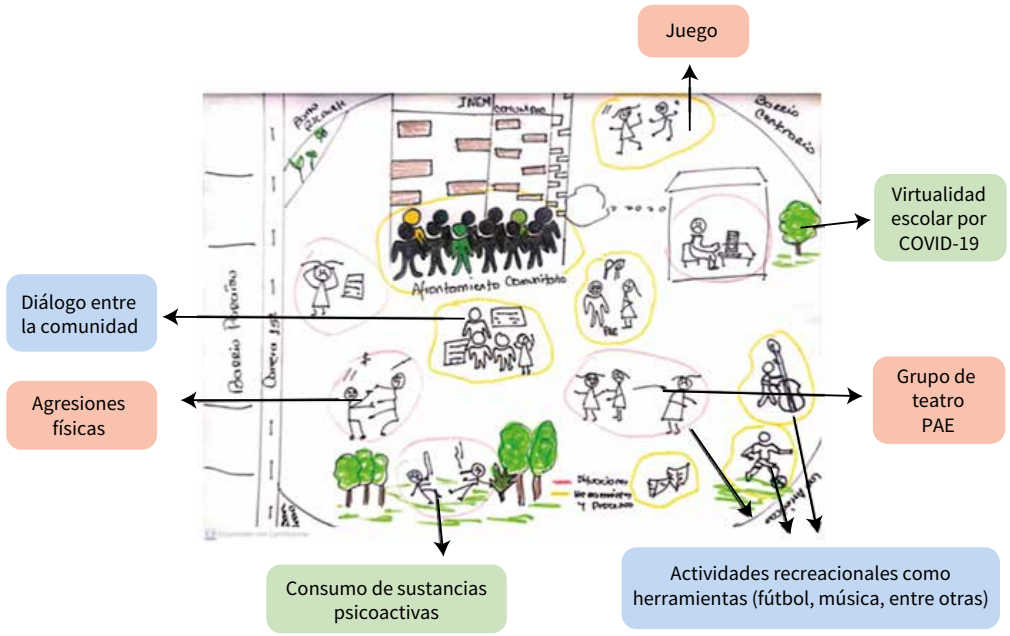


Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los tipos de afrontamiento identificados en esta comunidad, se evidencia el aislamiento social, en el cual se presentan respuestas como evitación de los demás, ocultación, aislamiento, estoicismo, una parte de la desconexión o desvinculación y abandono emocional (Skinner et al., 2003). Por lo tanto, algunos actores de la comunidad deciden no participar en la proposición de soluciones a las problemáticas. De la misma forma se observa el tipo de afrontamiento de confrontación que se refiere al componente conflictivo y de expresión de emociones negativas ante estresores, en este caso la agresividad, ya que entre miembros de la comunidad se han agredido física y verbalmente al expresar los desacuerdos.

Se concluye que la comunidad sí posee afrontamiento comunitario, y también refieren de manera clara que constantemente se enfrentan a situaciones que los afectan, sin embargo, es necesario fortalecer aún más las herramientas de afrontamiento comunitario con el objetivo de contribuir de manera efectiva al bienestar social.

Figura 10. Comunidad D (INEM “Carlos Arturo Torres”, Tunja)



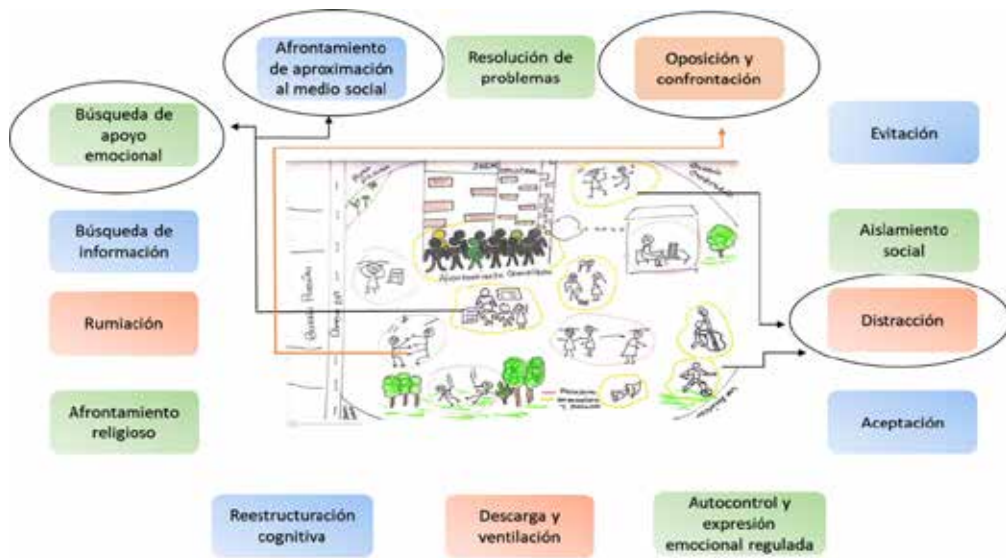
Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las situaciones significativas de afrontamiento como comunidad, aluden el cambio en la modalidad de la educación virtual a raíz de la pandemia por COVID-19 y el consumo de sustancias psicoactivas, que conllevan a problemáticas sociales de

mayor impacto como las agresiones físicas entre los miembros de los integrantes de las familias y situándolos en una posición de vulnerabilidad social que según el informe de la CEPAL (2001) tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico o social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento.

Respecto a la noción de afrontamiento que se identifica, desde la respuesta, se reconoce el “trabajo en equipo y optimismo” que resulta fundamental para enfrentar de manera adecuada las situaciones que hoy por hoy generan malestar y estrés en la comunidad.

Figura 11. Tipos de afrontamiento en la comunidad D



Fuente: elaboración propia.

Por medio de estas actividades se puede evidenciar el tipo de afrontamiento de distracción referido por Páez et al. (2011), que refiere a los intentos activos de tratar con una situación estresante por medio del enganche en una actividad alternativa agradable, incluyendo una variedad de actividades (*hobbies*, ejercicio, ver la TV, ver a los amigos o leer). Sumado a lo anterior, diversos estudios refieren que el afrontamiento por medio de la obtención de gratificación, o distraerse mediante otras actividades realmente placenteras de la situación estresante y reacciones al estrés, se asocia a menor depresión y malestar (Compass et al., 2001). Asimismo, se aprecia la confrontación entre varios

de los actores de la comunidad que no logran establecer acuerdos. Sin embargo, también se evidencia el uso del tipo de afrontamiento de búsqueda de apoyo emocional y aproximación al medio social que han resultado ser fundamentales para el manejo de los retos de la modalidad virtual.

Conclusión

Respecto al concepto de afrontamiento comunitario se pudo llegar a las siguientes conclusiones: en primer lugar, su evaluación resulta fundamental a la hora de establecer y conocer las herramientas con las que cuentan las comunidades para dar respuestas a las situaciones de estrés y que serán determinantes para la consecución de objetivos tanto individuales como colectivos.

En segundo lugar, a partir de la recopilación de las diferentes definiciones en torno al concepto relacionado en el apartado del estado del arte, se pudo evidenciar que los distintos autores coinciden en describir que el afrontamiento comunitario es una respuesta a un hecho o situación estresante, derivado de un problema, y que adicional es compartido por una comunidad. Y, en tercer lugar, el estudio y desarrollo del mismo permitirá que la implementación del proyecto CAMSCUNAD resulte aún más beneficiosa, ya que a partir de la identificación del afrontamiento comunitario de las comunidades participantes se podrán orientar de mejor manera las intervenciones en torno a la promoción, prevención, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación en salud mental concertadas con la población.

Por otro lado, referente al ejercicio del análisis cartográfico se pudo concluir los siguientes aspectos. En primer lugar, las comunidades participantes sí poseen afrontamiento comunitario para dar respuestas a las diferentes problemáticas sociales y situaciones significativas que generan estrés colectivo con el objetivo de mitigar el impacto negativo en sus dinámicas psicosociales.

Algunas de las situaciones que reportan como significativas e importantes para afrontar como comunidad son la delincuencia común, consumo de sustancias psicoactivas, hurto, violencia intrafamiliar, conflicto armado y desplazamiento. Sin embargo, se hace especial énfasis en la pandemia por COVID-19 ya que ha generado gran impacto a nivel educativo, físico, mental y social por las cuales ha sido necesario el desarrollo de la capacidad de la resiliencia y adaptación.

Finalmente, se evidenció presencia de las tres nociones planteadas por el maestrante para el desarrollo de la investigación, como respuesta a las problemáticas se encon-

tró agresividad, miedo, estrés, ansiedad, paz y soledad. Como forma, el empleo de estrategias encaminadas a la transformación real de las comunidades tales como el diálogo, comunicación y trabajo en equipo. Por último, como herramientas a emplear se encontraron el uso responsable de los elementos de bioseguridad y la recreación.

Referencias

- Akl, P., Pilar, E. y Aponte, F. (2016). Estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Cultura, Educación y Sociedad* 7(2), 105-121.
- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N. y Alanís-Navarro, S. (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud Pública Mex*, 51(1), 440-474.
- Bosco, S. (2011). *Maneras colectivas de enfrentar problemas: ¿Mejor muchos que uno?* Tesis de posgrado]. Universidad del País Vasco.
- Cárcamo, J., Sánchez-Lacay, A. y Lewis-Fernández, R. (2002). El impacto psicológico de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York: el trastorno por estrés postraumático y la recuperación de una ciudad traumatizada. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40(2), 86-96.
- Cohen, F. y Lazarus, R. (1979). Coping with the stresses of illness. En G. Stone, F. Cohen y N. Adler (Eds.), *Health Psychology: A Handbook* (pp. 217-54), Jossey-Bass.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
- Compass, B., Connor-Smith J., Saltzman, H., Thomsen, A. y Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, (127), 87-127.
- Hawryluck, L., Gold, W., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. y Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine. *Emerging infectious diseases*, 10(12), 6-12.
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education.

- Hewitt, N., Juárez, F., Parada, A., Guerrero, J., Romero, Y., Salgado, A. y Vargas, M. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140.
- Hsiao, E. y Thayer, R. (1998). Exercising for mood regulation: The importance of experience. *Personality and Individual Differences*, 24(6), 829-836
- Hurtado, J. (2008). *Guía para la comprensión holística de la ciencia*. <http://virtual.urbe.edu/tesispub/0092769/cap03>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). (2019). *Boletín estadístico mensual. Diciembre. Subdirección de Servicios Forenses Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia – CRNV*. INMLCF.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). (2020). *Boletín estadístico mensual. Abril. Subdirección de Servicios Forenses Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia – CRNV*. INMLCF.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Ways of Coping Scale. Stress, appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, (45), 150-170.
- Léxico. (s.f.). *Citación*. <https://www.lexico.com/es/definicion/forma>
- Ministerio de Salud. (s.f). *Modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria en el marco del sistema general de seguridad social en salud y protección social en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-desinstitucionalizacion-trastorno-mental.pdf>
- Montero, M. (2010). Fortalecimiento de la ciudadanía y transformación social: área de encuentro entre la psicología política y la psicología comunitaria. *Psyche*, 19(2), 51-63.
- Navia, E. (2008). Afrontamiento familiar en situaciones de secuestro extorsivo económico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 59-72.
- Páez, D., Basabe, N., Bosco, S., Campos, M. y Ubillos, S. (2011). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Editorial Fundamentos.

- Páez, D., Vázquez, C. y Echeburúa, E. (2012). Trauma social, afrontamiento comunitario y crecimiento postraumático colectivo. En M. Carrasco y B. Charro (eds.). *Crisis, vulnerabilidad y superación* (pp. 15-50). Universidad de Comillas.
- Sedano, J. (2002). *Pedagogía de la respuesta. Bucaramanga, Colombia*. Universidad Santo Tomás.
- Serrano, I. y Vargas, R. (1993). La Psicología Comunitaria en América Latina: Estado actual, controversias y nuevos derroteros. *Papeles del Psicólogo*, 55(1), 41-47.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(1), 216-69.
- Villagrán, L., Reyes, C., Wlodarczyk, A. y Páez, D. (2014). Afrontamiento comunal, crecimiento postraumático colectivo y bienestar social en el contexto del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia psicológica*, 32(3), 243-254.
- Wiesenfeld, E. (2006). El rescate de las comunidades en el marco de la globalización. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (9), 46-57.



Capítulo 3

Nociones sobre comunidad presentes en el diagnóstico participativo comunitario de 26 grupos humanos del programa CASMCUNAD



Camila Tapia Duque⁵

Johanna Lucía Monsalve González⁶

5 Psicóloga de la Universidad de Manizales. Magíster en Psicología Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD. Correo: camila_tapia25@hotmail.com

6 Psicóloga y Magíster en Psicología Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD. Magíster en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad ISEP. Barcelona, España 2013-2015. Correo: johanna.monsalve@unad.edu.co

Introducción

Este trabajo surge a partir de la necesidad de visibilizar cómo varían las nociones de comunidad en los siguientes 26 grupos humanos que hacen parte de la estrategia de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental de la UNAD (CASMCUNAD): Institución Educativa Costa Caribe, Instituto Distrital Jesús de Nazareth, Actuar por Bolívar, Centro de Acopio Cartagena Amigable, Institución Educativa Neira, Etapa 2 del barrio Algarrobo, Vereda la Guafilla, Grupo Focal de Chameza, barrio Villa Luz, barrio Luis María Jiménez, Gimnasio Moderno del Sinú, Colegio La Estancia San Isidro Labrador (IED), Concesión Parque Salitre Mágico, Cooperativa Multiactiva de Recicladores (COORENACER), Vereda Teiruna María Anyeli – Don Diego, Institución Educativa San Juan de Arama, Institución Educativa San Antonio de Ariari, Plataforma de Comunidades, Grupo Adulto Mayor Anhelos de Vivir, Grupo de Adulto Mayor de Aldana, Grupo Pastoral Social, Institución Educativa Concentración de Desarrollo Rural, madres cabeza de familia del barrio El Carbón, Institución Educativa José Celestino Mutis, Institución Educativa Agustina Ferro e Institución Educativa La Salle, sede Santa Clara. La investigación estuvo a cargo de dos psicólogas, quienes acompañaron desde el rol de tutoras a 29 practicantes de psicología de la UNAD de escenario 1 y 2 que realizaron su práctica profesional en CASMCUNAD - Fase 1.

El objetivo de la investigación fue comprender las nociones sobre comunidad presentes en el diagnóstico participativo comunitario de 26 grupos humanos en la fase 1 de los CASMCUNAD. Se realizó desde un enfoque cualitativo y se desarrolló en cinco fases: en la primera fase se realizó un rastreo bibliográfico considerando los planteamientos de diferentes autores; en la segunda fase se realizó la aplicación del instrumento semiestructurado sobre noción de comunidad, donde los integrantes de los diferentes grupos humanos debían dar respuesta a dos preguntas: ¿qué es comunidad? y ¿ustedes son comunidad? En esta última pregunta los participantes describieron si se consideran o no comunidad y argumentaron dicho planteamiento; la tercera fase consistió en la sistematización de la información; la cuarta fase se centró en el análisis de la información, es decir, comparar los resultados obtenidos a partir del rastreo bibliográfico y los discursos de los grupos humanos; finalmente, como quinta fase se realizó la presentación de los resultados obtenidos.

Además de lo anterior, esta investigación contiene el apartado de resultados, el cual da cuenta de los principales hallazgos después de realizar la aplicación del instrumento semiestructurado “Noción del concepto de comunidad que surge en los grupos humanos pertenecientes a CASMCUNAD”. La finalidad fue conocer los aspectos que tuvieron en cuenta los 26 grupos humanos para definir el concepto de comunidad, además de aquellos elementos que consideran indispensables para percibirse o sentirse como integrantes de esta.

Por otro lado, en la discusión se visibiliza la relación encontrada entre los planteamientos de los diferentes grupos humanos a la luz de los elementos encontrados en la revisión bibliográfica realizada a partir de los paradigmas: cognitivo, filosófico, emocional y experiencial.

Finalmente, se exponen las conclusiones del trabajo, las cuales dan cuenta de los hallazgos más significativos que emergen después de realizar el análisis de la información y la comparación de los resultados encontrados en la teoría y en los discursos de los grupos humanos.

Desarrollo

El trabajo “Nociones sobre comunidad presentes en el diagnóstico participativo comunitario de 26 grupos humanos del programa CASMCUNAD” se realizó bajo el enfoque de investigación cualitativo a partir del análisis de contenido, abordando la categoría: comunidad.

Para esto, se realizó inicialmente un rastreo bibliográfico desde diferentes bases de datos, considerando las voces de autores desde dos perspectivas: a) autores directos y, b) otros autores que han tomado aportes de los autores directos para realizar artículos, tesis o investigaciones.

De manera paralela, se realiza aplicación de instrumento semiestructurado con el fin de conocer la percepción que tienen los grupos humanos pertenecientes al programa CASMCUNAD, respecto al concepto de comunidad y si se consideran o no una comunidad. Dicha aplicación estuvo a cargo de los practicantes de psicología de últimos semestres que desarrollaron su ejercicio profesional con CASMCUNAD, trabajando de manera directa con los diferentes grupos humanos.

Después de recopilar toda información se relacionaron los planteamientos encontrados en la teoría con las vivencias y los discursos directos de las personas que hacen parte de los grupos humanos con quienes se realizó la investigación. El propósito fue encontrar similitudes y diferencias basados en los diferentes paradigmas que proponen y argumentan sus posturas respecto al concepto de comunidad.

Para realizar la investigación se aplicaron diferentes técnicas e instrumentos que permitieron realizar la recolección de la información. La implementación de la técnica de grupo focal permitió que, a través de la interacción grupal orientada por los practicantes de psicología, se pudiera obtener información relacionada con el concepto de comu-

nidad y los elementos que emergen en los diferentes grupos humanos. Por otro lado, la aplicación del instrumento semiestructurado “Noción del concepto de comunidad que surge en los grupos humanos pertenecientes a CASMCUNAD” permitió sistematizar las nociones que tienen los 26 grupos humanos acerca del concepto de comunidad y si se identifican o no como comunidad.

Por su parte, el análisis de contenido permitió analizar, interpretar y sistematizar la información encontrada en el rastreo bibliográfico y en la información brindada por los diferentes grupos humanos; igualmente las bases de datos facilitaron realizar el rastreo bibliográfico sobre el concepto de comunidad a partir de los diferentes autores.

Los participantes de la propuesta de investigación son dos psicólogas que lideran la propuesta de investigación, 29 practicantes de psicología de la UNAD de escenario 1 y 2 que realizaron su práctica en CASMCUNAD - Fase 1 matriculados en las zonas: Centro-Oriente, Amazonia-Orinoquia, Caribe, Centro Sur y Bogotá-Cundinamarca. Además, participaron los 26 grupos humanos donde los practicantes de psicología realizan el proceso de intervención, los cuales se encuentran ubicados geográficamente de la siguiente manera:

Tabla 7. Ubicación geográfica de los grupos humanos

N.º	Comunidad / Grupo humano	Ubicación	
		Municipio	Departamento
1	Institución Educativa Costa Caribe	Barranquilla	Atlántico
2	Instituto Distrital Jesús de Nazareth	Barranquilla	Atlántico
3	Actuar por Bolívar	Cartagena	Bolívar
4	Centro de Acopio Cartagena Amigable	Cartagena	Bolívar
5	Institución Educativa Neira	Neira	Caldas
6	Etapas 2 del barrio Algarrobo	Maní	Casanare
7	Vereda la Guafilla	Yopal	Casanare
8	Grupo focal de Chameza	Chameza	Casanare

9	Barrio Villa Luz	Aguazul	Casanare
10	Barrio Luis María Jiménez	Aguazul	Casanare
11	Gimnasio Moderno del Sinú	Sinú	Córdoba
12	Colegio la Estancia San Isidro Labrador (IED)	Bogotá	Cundinamarca
13	Concesión Parque Salitre Mágico	Bogotá	Cundinamarca
14	Cooperativa Multiactiva de Recicladores (COORENACER)	Santa Marta	Magdalena
15	Vereda Teiruna María Anyeli – Don Diego	Santa Marta	Magdalena
16	Institución Educativa San Juan de Arama	San Juan de Arama	Meta
17	Institución Educativa San Antonio de Ariari	Fuente de Oro	Meta
18	Plataforma de Comunidades	Pasto	Nariño
19	Grupo Adulto Mayor Anhelos de Vivir	Pasto	Nariño
20	Grupo de Adulto Mayor de Aldana	Pasto	Nariño
21	Grupo Pastoral Social	Pasto	Nariño
22	Institución Educativa Concentración de Desarrollo Rural	Pasto	Nariño
23	Madres cabeza de familia del barrio El Carbón	Ocaña	Norte de Santander
24	Institución Educativa José Celestino Mutis	Ocaña	Norte de Santander
25	Institución Educativa Agustina Ferro	Ocaña	Norte de Santander
26	Institución Educativa La Salle, sede Santa Clara	Ocaña	Norte de Santander

Fuente: elaboración propia.

Para el desarrollo del trabajo se tuvieron en cuenta cinco fases: la primera fase tuvo como objetivo realizar un rastreo bibliográfico desde diferentes bases de datos, considerando las voces de diversos autores; en la segunda fase se realizó la aplicación del instrumento semiestructurado con el fin de conocer la noción que tienen los grupos humanos pertenecientes a CASMCUNAD respecto al concepto de comunidad; en la tercera fase se realizó la sistematización de la información, permitiendo organizar la información recolectada, tanto desde el rastro bibliográfico como de los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento sobre el concepto de comunidad; en la cuarta fase se realizó el análisis de la información recolectada, haciendo además un comparativo a partir de los resultados obtenidos con el propósito de contrastar lo encontrado en la teoría (rastreo bibliográfico) con las vivencias y los discursos directos de las personas con quienes se pretende realizar la investigación, buscando de esta manera encontrar similitudes y diferencias basados en los diferentes paradigmas que proponen y plantean el concepto de comunidad; por último, la quinta fase consistió en la presentación de resultados.

Resultados

A continuación, se plantean los resultados de la investigación “Nociones sobre el concepto de comunidad presente en los diferentes grupos humanos en la fase 1 de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD)”, donde se exponen los principales hallazgos después de realizar la aplicación de un instrumento semiestructurado “Noción del concepto de comunidad que surge en los grupos humanos pertenecientes a CASMCUNAD”. Su finalidad es conocer los aspectos que tienen en cuenta los 26 grupos humanos para definir el concepto de comunidad, además de aquellos elementos indispensables para considerarse como una comunidad. Dicho instrumento ha sido aplicado con la guía y orientación de los practicantes de psicología que realizaron su respectiva práctica profesional con dichos grupos humanos.

El análisis de los resultados se realiza de manera específica reuniendo los diferentes grupos humanos que participaron en la investigación, para ello se tienen en cuenta las siguientes categorías: comunidades, organizaciones sociales, organizaciones formales e instituciones educativas, los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 8. Grupos participantes de la investigación

Grupo humano	Número
Comunidad	7
Organización social	7
Organización formal	1
Instituciones educativas	11
Total:	26

La siguiente figura es una guía ilustrativa con el cual se pretende dar a conocer la ruta y el procedimiento que permitió concretar la información recopilada en la tabla 8.

Figura 12. Ruta para el análisis de resultados



Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Aspectos que consideran los grupos humanos para definir comunidad

Tipo de grupo	Nombre comunidad / Grupo humano	Aspectos que consideran para definir el concepto de comunidad	Aspectos que tienen en cuenta para identificarse como una comunidad
Comunidad	Etapa 2 del barrio Algarrobo	Interacción, ideales, ayuda mutua, ubicación geográfica y comunicación.	Interactuar entre sí y tienen actividades en común.
Comunidad	Vereda la Guafilla	Ubicación geográfica, necesidades conjuntas y búsqueda del bien social.	Comparten la misma ubicación, buscan el bien colectivo y existe sentido de pertenencia.
Comunidad	Grupo focal de Chameza	Costumbres, metas, apoyo mutuo, objetivos y territorio.	Trabajo en común, superación de dificultades juntos y compromiso con los demás.
Comunidad	Barrio Villa Luz	Intereses, participación colectiva, búsqueda de bienestar, búsqueda de soluciones y habitar en la misma zona.	
Comunidad	Barrio Luis María Jiménez	Territorio en común, objetivos comunes, valores, búsqueda de solución de problemas y costumbres.	Comparten el mismo territorio, momentos de esparcimiento, ideales, sentido de pertenencia, valores y relaciones interpersonales.
Comunidad	Vereda Teiruna María Anyeli – Don Diego	Valores, interacción, comunicación, intereses, búsqueda de soluciones, objetivos y compromisos.	Comparten el mismo territorio, existe unión, sentido de pertenencia y ayuda.
Comunidad	Madres cabeza de familia del barrio El Carbón	Compartir el mismo territorio, organización colectiva, objetivos en común e intervención social.	Buscan el desarrollo de sus habitantes, existe ayuda mutua y comparten metas.

Organización social	Actuar por Bolívar	Apoyo social, convivencia, bien común y territorio.	Comparten el mismo territorio, identidad social, cultura e intereses.
Organización social	Centro de Acopio Cartagena Amigable	Sentido de pertenencia, objetivos y metas.	Comparten intereses y cultura.
Organización social	Cooperativa Multiactiva de Recicladores (COO-RENACER)	Bien común, objetivos en común e intereses.	Comparten metas, ideales y objetivos.
Organización social	Plataforma de Comunidades	Búsqueda de bien colectivo, compartir ideales y características en común.	Comparten gustos, buscan las mismas metas y tienen buenos niveles de comunicación.
Organización social	Grupo Adulto Mayor Anhelos de Vivir	Intereses en común, sentido de pertenencia e integración.	Se generan lazos de amistad, buscan el bienestar del grupo y comparten espacios.
Organización social	Grupo de Adulto Mayor de Aldana	Necesidades colectivas, sentido de pertenencia, búsqueda de soluciones y ayuda mutua.	Existe unión y gustos similares e identidad.
Organización social	Grupo Pastoral Social	Cooperación, bien común, unión de esfuerzos, intereses y normas de convivencia.	Luchan por la misma causa e intereses, comparten gustos y existe sentido de pertenencia.
Organización formal	Concesión Parque Salitre Mágico	Seguimiento de procesos, liderazgo, normas y estructura social.	Búsqueda de bien colectivo, lideran procesos, comparten a diario y se fomenta el trabajo en equipo.

Institución educativa	Institución Educativa Concentración de desarrollo Rural	Aspectos en común e intereses.	Tienen intereses en común y comparten el mismo espacio.
Institución educativa	Institución Educativa José Celestino Mutis	Intereses, ayuda mutua, búsqueda de soluciones y grupo social.	Comparten intereses, existe apoyo mutuo y tienen ideales en común.
Institución educativa	Institución Educativa Agustina Ferro	Intereses en común, búsqueda de soluciones y sentido de pertenencia.	Realizan actividades en común, existe compañerismo y sentido de pertenencia.
Institución educativa	Institución Educativa La Salle, sede Santa Clara	Apoyo, cuidado mutuo, valores compartidos, vínculos y lazos.	Hacen parte del mismo grupo y existen valores.
Institución educativa	Institución Educativa San Juan de Arama	Participación en actividades conjuntas, gustos, búsqueda de soluciones y apoyo mutuo.	Comparten ideales, gustos y mismo espacio.
Institución educativa	Institución Educativa San Antonio de Ariari	Aspectos en común e intereses colectivos.	Tienen metas similares y comparten objetivos.
Institución educativa	Institución Educativa Costa Caribe	Costumbres, relaciones, colaboración e intereses.	Buscan el bien común, existe interacción y comunicación.
Institución educativa	Instituto Distrital Jesús de Nazareth	Contexto, ideales, apoyo mutuo y búsqueda de soluciones.	Comparten intereses y tienen identidad en común.
Institución educativa	Institución Educativa Neira	Identidad propia y características en común.	Relaciones interpersonales, intereses y normas.

Institución educativa	Gimnasio Moderno del Sinú	Valores, búsqueda del bien común, cooperación y convivencia sana.	Sentido de pertenencia y existencia de valores.
Institución educativa	Colegio La Estancia San Isidro Labrador (IED)	Apoyo mutuo y aspectos en común.	Comparten normas, gustos e ideales.

Fuente: elaboración propia.

Es pertinente precisar que los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria trabajan con diferentes grupos humanos que han sido divididos de acuerdo con ciertas características en particular.

En este apartado se iniciará abordando los resultados encontrados en el trabajo con el grupo de comunidad. Para Rodríguez (2021), la comunidad se define como un grupo que no necesariamente comparte una misma cosmovisión, aunque pueden compartir algunos usos y costumbres; comparten un territorio con sus potencialidades y necesidades respecto al ejercicio de la autoridad, el liderazgo es emergente y no necesariamente representativo, finalmente, la pertenencia está generalmente condicionada a factores externos – no voluntaria.

De acuerdo con lo anterior, siete grupos humanos son considerados como comunidad:

Tabla 10. Grupos humanos vistos como comunidad

1	Etapa 2 del barrio Algarrobo
2	Vereda la Guafilla
3	Grupo focal de Chameza
4	Barrio Villa Luz
5	Barrio Luis María Jiménez
6	Vereda Teiruna María Anyeli – Don Diego
7	Madres cabeza de familia del barrio El Carbón

Las siete comunidades permiten dar cuenta que las costumbres, el territorio, la ubicación geográfica, el sentido de pertenencia, el compromiso social, la cultura y la participación colectiva son los aspectos que priorizan al momento de definir el concepto de comunidad. Estas fueron las respuestas más valoradas por los diferentes participantes.

Los conceptos de interacción, apoyo mutuo, valores, metas, resolución de conflictos, vínculos afectivos y superación de dificultades también son importantes para los participantes, sin embargo, no se consideran primordiales.

Los grupos sociales, definido por Rodríguez (2021) como un grupo que comparte filosofías de vida, doctrinas o cosmovisiones que determinan las dinámicas de la organización, no necesariamente comparten territorios físicos, dado que pueden compartir territorios virtuales o pertenecer al grupo humano y provenir de muy diferentes territorios. Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas, y son reconocidas por el grupo, y el sentido de pertenencia es generalmente voluntaria. De acuerdo con lo anterior, siete grupos humanos son considerados como grupos sociales:

Tabla 11. Grupos sociales

1	Actuar por Bolívar
2	Centro de Acopio Cartagena Amigable
3	Cooperativa Multiactiva de Recicladores (COORENACER)
4	Plataforma de Comunidades
5	Grupo Adulto Mayor Anhelos de Vivir
6	Grupo de Adulto Mayor de Aldana
7	Grupo Pastoral Social

Los grupos sociales permiten dar cuenta que el sentido de pertenencia, el bien común, los intereses en común y el territorio son los aspectos que priorizan al momento de definir el concepto de comunidad y fueron las respuestas más valoradas por los diferentes participantes.

Por otro lado, los conceptos de cultura, cooperación, bienestar colectivo, apoyo social, necesidades colectivas, gustos, normas de convivencia y la comunicación también son importantes para los participantes, sin embargo, no se consideran primordiales.

De acuerdo con lo anterior, un grupo humano se considera como grupo formal:

1	Concesión Parque Salitre Mágico
---	---------------------------------

Dicha organización formal permite dar cuenta que el seguimiento de procesos, la estructura social, el liderazgo y las normas son los aspectos que priorizan al momento de definir el concepto de comunidad.

Por otro lado, los conceptos de trabajo en equipo, reglas, objetivos y convivencia también son importantes para los participantes, sin embargo, no se consideran primordiales.

Finalmente, se presentan los resultados de las instituciones educativas, las cuales entran a ser parte de la estrategia CASMCUNAD a través de los dispositivos comunitarios, específicamente con las ZOE (zona de orientación escolar), definido por MinSalud (2012) como una alternativa para el manejo de las situaciones de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) al interior de la escuela. Es un dispositivo de trabajo comunitario que acoge aspectos del modelo de inclusión social para consumidores de SPA desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el 2007; se soporta en el abordaje de conceptos como: la escucha, la formación, la mitigación, el reconocimiento de la persona y las redes, entre otros.

Las instituciones educativas que hacen parte del proyecto de investigación son:

Tabla 12. Instituciones educativas participantes

1	Institución Educativa Concentración de Desarrollo Rural
2	Institución Educativa José Celestino Mutis
3	Institución Educativa Agustina Ferro
4	Institución Educativa La Salle – Sede Santa Clara
5	Institución Educativa San Juan de Arama
6	Institución Educativa San Antonio de Ariari
7	Institución Educativa Costa Caribe

8	Instituto Distrital Jesús de Nazareth
9	Institución Educativa Neira
10	Gimnasio Moderno del Sinú
11	Colegio La Estancia San Isidro Labrador (IED)

Las instituciones educativas permiten dar cuenta que las relaciones interpersonales, los ideales, el apoyo mutuo, los intereses y la búsqueda de soluciones son los aspectos que priorizan al momento de definir el concepto de comunidad.

Los conceptos de búsqueda del bien común, comunicación, sentido de pertenencia, contexto, compañerismo, valores, lazos, interacción, identidad, normas, convivencia sana y participación también son importantes para los participantes, sin embargo, no se consideran primordiales.

Discusión

En este apartado se plantea una discusión entre las nociones de comunidad de los 26 grupos humanos con los que se realizó el trabajo y 12 autores que han abordado el concepto de comunidad desde diferentes paradigmas. Para esta investigación se consideraron las perspectivas cognitiva, filosófica, emocional y experiencial.

La discusión tiene como base los cuatro paradigmas mencionados anteriormente; esto debido a que al realizar el trabajo investigativo del concepto de comunidad desde el abordaje teórico se pudo evidenciar que existe una tendencia de los autores hacia cada una de estas áreas de la vida de un ser humano, considerando teóricamente la comunidad como un proceso que puede darse a través de un desarrollo cognitivo (procesos mentales superiores e inferiores), filosófico (ideologías), emocional (afectividad) y experiencial (vivencias).

Para comenzar, es importante reconocer el concepto de comunidad que ha sido propuesto desde CASMCUNAD para, a partir del mismo, observar cuál de los anteriores paradigmas se acercan tanto al abordaje de este programa como de las nociones de los 26 grupos humanos que hicieron parte de la investigación.

Así entonces, para CASMCUNAD la comunidad puede entenderse como un organismo vivo, con historia propia, en constante desarrollo y transformación. Está conformado por individuos que comparten un territorio común (incluyendo lo que podría definirse

como “territorios virtuales” u “organizaciones sociales”), que se agrupan alrededor de aspiraciones, intereses, necesidades, objetivos y cuyas relaciones internas se fundamentan primordialmente desde lo afectivo, en un reconocimiento del “otro”, sobre lo meramente productivo. Los miembros de una comunidad tienen consciencia de su existencia como un colectivo (sentido de comunidad) de pertenencia al mismo y de lo identitario correspondiente. Se benefician y benefician a los demás a partir de sus constantes interrelaciones y del apoyo social, desempeñan roles, observan el cumplimiento de normas tanto explícitas como tácitas (propias de este grupo) para su interacción y la realización de acciones conjuntas (Rodríguez, 2021).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que desde los postulados teóricos presentados en el marco teórico por los diferentes autores y las nociones de comunidad de los distintos grupos humanos que fueron evidentes en las respuestas que brindaron en el instrumento semiestructurado, se realiza la correspondencia entre los diversos planteamientos, respuestas y paradigmas.

Considerando los resultados encontrados en los planteamientos de los siete grupos humanos que fueron categorizados como comunidad, se logran visibilizar aspectos importantes como las costumbres, el territorio, la ubicación geográfica, el sentido social, la cultura y la participación colectiva en sus nociones de comunidad. Lo anterior se asemeja con los conceptos propuestos por autores como Weber (1984), quien hace énfasis en elementos como *Gemeinschaftshandeln* (actuar en comunidad), dejando ver en sus textos la separación que hace entre sociedad y comunidad, donde este último parte de la relación social, de un sentimiento subjetivo y donde prevalece la colaboración. También en esta misma secuencia podríamos mencionar a Tönnies (1947), pues en sus postulados refiere la proximidad física, las relaciones y lazos comunitarios, y la participación colectiva.

Continuando con la correlación de los aspectos abordados por las comunidades de CASMCUNAD, encontramos a Bauman (1971), quien define la comunidad como un lugar que brinda seguridad y estabilidad que nos permitirá fortalecernos desde los apoyos mutuos, pero frente a los cuales se debe ceder en propulsiones personales e individuales para no perder la pertenencia y poder mantenerse en ella. Por su parte, Egg (1993) refiere que una comunidad es una agrupación o conjunto de personas que habitan un espacio geográfico delimitado y delimitable, cuyos miembros tienen conciencia de pertenencia o identificación con algún símbolo local y que interaccionan entre sí más intensamente que en otro contexto, operando redes de comunicación, intereses y apoyo mutuo, con el propósito de alcanzar determinados objetivos, satisfacer necesidades, resolver problemas o desempeñar funciones sociales relevantes a nivel local.

Finalmente, en esta primera correlación que se realiza se puede enlazar a Montero (2004), quien habla de comunidad como un grupo en constante transformación y evolución (en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social tomando sus integrantes conciencia de sí mismo como grupo y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social). Por su parte, Herazo y Moreno (2014) en su artículo “Sentido de comunidad en un pueblo originario” relaciona el concepto de comunidad con “compartir rituales, símbolos y prácticas culturales”, además menciona el sentido de pertenencia y compartir territorio.

Estos diferentes postulados teóricos y la presentación de las nociones de comunidad de los siete grupos de CASMCUNAD focalizados como comunidad nos acercan a un paradigma filosófico, considerando que desde la ideología se comparten características de costumbres, sentidos sociales e intereses que se dan por la convivencia en territorios comunes. Estas características se ven reflejadas en los conceptos tanto de los autores como de las comunidades de CASMCUNAD. Esto nos lleva a afirmar que tal como para algunos autores el concepto de comunidad se da a partir de un contexto filosófico (ideológico), también esta concepción se ve presente en las nociones que tienen los grupos humanos (desde la categoría de comunidad) de CASMCUNAD. Es importante además concluir que los grupos humanos determinados como comunidad se reconocen y se sienten identificados propiamente con el concepto de comunidad establecido por CASMCUNAD.

Por otra parte, se realiza el mismo proceso con las organizaciones formales participantes de la investigación que para este caso fue uno. Donde se evidenció que los aspectos que prevalecen para definir el concepto de comunidad son: seguimiento de procesos, estructura social, liderazgo y normas. Lo que puede verse también en la concepción de Durkheim (1898), quien plantea que comunidad hace referencia a un grupo que podría compenetrarse y empatizar con cada integrante a partir de la solidaridad convirtiendo su idea de comunidad en una unión cooperativa de cada uno de los participantes que les conllevaba al ideal a través de la ayuda para el logro de los intereses comunes.

A partir de la correlación entre las semejanzas de este concepto y las nociones de las organizaciones formales se puede hablar de un paradigma cognitivo el cual propondría un concepto de comunidad basado en procesos mentales como la percepción, pues para Durkheim, el desarrollo del concepto de comunidad toma importancia a través de lo fisiológico (es decir, los sentidos) y la codificación de esto en la cognición y el aprendizaje de los seres humanos. Lo que concuerda en la noción de la organización formal participante al hablar de la necesidad de integrarse en un proceso y estructura con normas que de cierta forma son percibidas y aprendidas.

Desde esta correlación podemos entender entonces que el concepto de comunidad para las organizaciones formales se asume desde un principio cognitivo, lo cual permite a este tipo de grupos humanos identificarse y sentirse como una comunidad. Como bien lo menciona Émile Durkheim, desde los procesos de aprendizaje podemos involucrarnos en una comunidad, es así entonces como este tipo de organizaciones logran identificarse como una comunidad. Cabe destacar que esta noción de comunidad se aleja un poco del concepto de comunidad propuesto por CASMCUNAD pues este último es definido desde un paradigma más filosófico y experiencial.

De la misma forma se realiza el análisis de los grupos sociales y las instituciones educativas, el cual se hizo de forma paralela puesto que las similitudes entre ambos participantes lo permiten; en sus nociones respecto al concepto de comunidad. Por un lado, para los grupos sociales es el sentido de pertenencia, el bien común, los intereses en común y el territorio; por otro lado, las instituciones educativas incorporan aspectos como las relaciones interpersonales, los ideales, el apoyo mutuo, los intereses y la búsqueda de soluciones.

Buscando la correlación de esta noción de comunidad con el concepto teórico encontramos que, en primer lugar, Krause (2021) propone una serie de elementos que permiten distinguir entre diferentes comunidades, la agrupación de personas y su valoración del ideal. Esos elementos son: a) pertenencia: sentirse parte o identificado con la comunidad; b) interrelación: la comunicación entre los miembros, que no necesariamente es cara a cara, sino que puede ser virtual; c) cultura común: que se refiere a significados compartidos entre las personas. Asimismo, Blanco (1993) plantea que para que exista una comunidad es importante otros valores como la amistad, la gratitud, el amor y la confianza.

Lo anterior propone la existencia de un desarrollo del concepto de comunidad desde un enfoque emocional, el cual permite a las personas desarrollar su concepto desde la forma en la que se ven, la forma en la que se sienten y la forma en la que se piensan. Puesto que tanto para los autores como para los grupos humanos aquí mencionados el concepto y la noción de comunidad se da desde la interacción directa y el surgimiento de relaciones interpersonales que terminan por llevarlos a proyectarse dentro de y como parte de la comunidad.

Es importante entender que, desde este paradigma emocional, la comunidad puede identificarse también dentro del concepto de CASMCUNAD pues ambos contenidos son compatibles cuando hablamos del sentido de pertenencia y de la importancia de las relaciones interpersonales en el desarrollo del concepto de comunidad.

En este análisis cabe visibilizar el paradigma experiencial donde Sánchez (1991) expresa que comunidad se refiere a esas interacciones, elementos y lazos comunes (incluyendo el sentido psicológico de comunidad o pertenencia, opuesto a la marginación o desarraigo personal) compartidos generalmente, pero no siempre, por razón de vecindad. Por su parte, Bangy Stolkiner (2013) refieren que la comunidad implica múltiples interacciones con diversidad de intereses. Dándonos entonces una visión que construye el concepto de comunidad desde la capacidad de sintetizar las experiencias vividas en torno a las interacciones dentro de un determinado grupo.

Lo analizado desde el paradigma experiencial nos muestra un concepto de comunidad acorde y semejante al concepto planteado por CASMCUNAD que además permite entender que los grupos estudiados dentro de este paradigma se identifican como comunidad al reconocer el concepto de CASMCUNAD.

Todo lo expuesto en esta discusión nos lleva a concluir que no existe una forma única de conceptualizar el concepto de comunidad, sino que dependiendo de las características que cada grupo humano le dé a sus ideologías, emociones, vivencias o conocimientos, este podría definirse desde un eje totalmente distinto en cada grupo humano.

Lo anterior es importante para CASMCUNAD ya que su concepto de comunidad no solo es muy amplio y puede abordar cualquiera de estos paradigmas, sino que además al conocer las diferentes nociones de las comunidades que se encuentran dentro de sí se tendrá una mejor idea de cómo trabajar con cada grupo y cómo intervenirlos a la hora de brindarles un apoyo en sus procesos de desarrollo y sus necesidades diferenciales.

Conclusión

Después de realizar el proyecto de investigación, se puede concluir que son notorias las diferencias que existen entre los grupos humanos con los cuales se realizó el trabajo (comunidades, grupos sociales, grupos formales e instituciones educativas) para definir su propio concepto de comunidad. Esto se debe a las diferentes dinámicas que emergen en su interior y la manera cómo interactúan, comparten y asumen sus vivencias. Sin embargo, a pesar de lo anterior, también se pueden evidenciar ciertos elementos que en mayor o menor medida se encuentran visibles, ejemplo de ello es el sentido de pertenencia y la interacción.

Considerando que el objetivo del programa CASMCUNAD es realizar un acompañamiento enfocado en salud mental comunitaria en los diferentes grupos humanos, el hecho de

reconocer con este trabajo investigativo aquellos aspectos que consideran más relevantes para identificarse y sentirse como una comunidad, puede contribuir para realizar un acercamiento más pertinente, teniendo en cuenta las particularidades de cada grupo.

Finalmente, este trabajo permitió realizar una revisión del concepto de comunidad que ha sido propuesto desde el programa CASMCUNAD, el cual se considera acertado debido a que en su definición aborda aspectos amplios que involucran las nociones de los diferentes grupos humanos.

Referencias

- 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.
- Bang, A. y Stolkner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 24(46), 123-143.
- Blanco, A. (1993). La psicología comunitaria, ¿una nueva utopía para el final del siglo XX? En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (coords), *Psicología comunitaria* (pp. 11-32). Visor.
- De Marina, P. (2010). La comunidad según Max Weber: desde el tipo ideal de la *Vergemeinschaft* hasta la comunidad de los combatientes. *Papeles del CEIC*, (58), 2-10.
- Durkheim, E. (1898). *Sociología y filosofía*. Guillermo Kraft Limitada.
- Egg, A. (1993). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. Humanitas.
- González, N. (2007). Bauman, identidad y comunidad. *Espiral*, 14(40), 179-198.
- Grondona, A. (2008). *La comunidad en la obra de Émile Durkheim. Un enfoque comunal de la naturaleza de la sociedad*. La Plata.
- Herazo, I. y Moreno, B. (2014). *Sentido de comunidad en un pueblo originario: Santa Martha Acatitla (Entre los Carrizos)*. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Krause, M. (2001). Hacia una definición del concepto de comunidad. Cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. *Revista de Psicología*, 10(2), 49-60.
- Ley 1616. (2013, 21 de enero). *Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Congreso de la República de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Lineamientos generales para desarrollar las Zonas de Orientación Escolar – ZOE*. MinSalud.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Montero, M. (2010). Fortalecimiento de la ciudadanía y transformación social: área de encuentro entre la psicología política y la psicología comunitaria. *Psykhé*, 19(2), 51-63.
- Rodríguez, Y. (2021). *Estrategia Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria CASMCUNAD*. UNAD.
- Sánchez, A. (1991). Psicología comunitaria: origen, concepto y características. *Papeles del psicólogo*, (50), 1-12.
- Sánchez, A. (2002). *Psicología social aplicada*. Prentice Hall.
- Tönnies, F. (1947). *Comunidad y sociedad*. Losada.
- Weber, M. (1984). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. Fondo de Cultura Económica.

Capítulo 4

Desafíos y retos de la salud mental comunitaria dentro del acompañamiento psicosocial a través de las dimensiones de bienestar y desarrollo humano articulado a la estrategia CASMCUNAD



Marisol Bejarano Peláez⁷

Septiembre 2022

⁷ Profesional en Psicología Social Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, Especialista en Administración en Salud Ocupacional de la Corporación Universitaria del Meta UNI-META y Magister en Psicología Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.

El proyecto planteado se titula “Salud Mental Comunitaria a través de las Dimensiones de Bienestares y Desarrollo Humano Articulado a la Estrategia de Atención Psicosocial en los Centros de Acompañamiento CASMCUNAD”. Cuyo objetivo general apunta a Comprender los procesos de autogestión comunitaria; a través del alcance y pertinencia en la noción del bienestar psicológico, bienestar subjetivo, bienestar social en el marco de la estrategia de los Centros de Acompañamiento (CASMCUNAD), en Atención a la Salud Mental y Desarrollo Humano en Comunidades. Para el alcance de los objetivos y el desarrollo de la presente investigación, se estableció una ruta metodológica a través de un enfoque cualitativo con un corte de exploración documental y análisis cartográfico. Dentro de las técnicas e instrumentos para llevar a cabo la recolección y análisis de la información, de las cuales se analizaron seis cartografías sociales (6) teniendo en cuenta diferentes tipos de comunidades, se tuvo en cuenta la cartografía social (mapas sociales), como una importante herramienta metodológica que posibilita la comprensión de las relaciones entre subjetividades y territorialidades; de igual forma posibilitan la comprensión del territorio desde sus dimensiones tanto físicas como simbólicas, permiten registrar e interpretar la realidad y posibilitan la triangulación de la información, datos y vivencias de la comunidad, donde se convierten en herramientas gráficas fundamentales que permiten, vehiculizan y potencializan la representación de la identidad cultural, saberes y costumbres propias de las comunidades.

Introducción

Durante décadas la ciencia ha visto la necesidad de realizar estudios que permitan comprender el funcionamiento del ser humano y a su vez todo lo que tiene que ver no solo con su sistema de valores, creencias, cultura y percepción del mundo qué lo rodea; sino, en ese orden de ideas sus enfermedades a nivel físico, psicológico y social.

Pero asociado a esto también juega un papel primordial los sistemas y subsistemas frente a lo relacionado con la familia, la sociedad y como se desenvuelve dentro de él; los cuales juegan un papel fundamental; pero abonado a esto las áreas de ajuste que están estrechamente relacionados con esferas desde la parte individual y colectiva, viéndose la necesidad de analizar sus bienestares y desarrollo humano articulado a la salud mental.

En consecuencia con lo anterior, se hizo necesario vincular a más organizaciones nacionales e internacionales para que se encargaran de vigilar, monitorear estudiar y emitir conceptos y normas frente a estos conceptos tan imprescindibles; surgiendo el concepto de manera cronológica en el tiempo y después de varias definiciones de salud mental emanadas por la OMS, no obstante, desde su fundación, la Organización Mundial de

la Salud (OMS) definió la salud como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y enfatizó en la necesidad de trascender su visión limitada como ausencia de enfermedad o minusvalía, impulsando de esta manera una noción integral de salud (OMS, s.f.). Por lo que esta idea fue reforzada años más tarde, en el informe compendiado sobre promoción de la salud mental del 2004, la OMS reconoció la importancia de trascender los modelos tradicionales en la comprensión de la salud mental y resaltó el bienestar subjetivo como elemento clave en esta tarea (OMS 2005).

Podemos encontrar la más reciente definida como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (OMS.2022). Teniendo en cuenta esta definición, es relevante la importancia de los ambientes sociales, económicos y físicos que surgen a raíz de las diferentes experiencias y percepciones que las personas constituyen como determinantes sociales en salud; y como se deben generar estrategias, planes, proyectos, normas y políticas públicas que conlleven a la promoción de la salud y prevención de factores de riesgo en torno a lo que se deriva de las diferentes problemáticas a nivel individual pero también social o comunitario, dando lugar a la Ley 1616 de salud mental en Colombia, mediante el cual se crean los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria.

Por lo que todo esto articulado a este requerimiento normativo lleva a que la Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD plantee la implementación de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD), los cuales, basados en procesos de abordaje y atención en el marco de la salud mental comunitaria, pueden generar estrategias y procesos de intervención adecuados para la atención de problemáticas psicosociales de diferentes poblaciones y comunidades en el territorio nacional. Los CASMCUNAD buscan contribuir a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación en salud mental dentro de las comunidades en las cuales desarrollen su labor, teniendo en cuenta el marco teórico propio de la psicología comunitaria, la participación y construcción desde lo social y el enfoque de la apropiación social del conocimiento.

La Universidad cuenta en la actualidad con 8 zonas, de las cuales hacen parte 64 sedes distribuidas en todo el territorio colombiano, lo que implica que el impacto de los CASMCUNAD será relevante a nivel nacional en la atención de problemáticas psicosociales asociadas a la salud mental. Estos centros abordan la salud mental y sus problemáticas desde la metodología de la Investigación Acción Participativa (IAP), que permite una construcción continua en el reconocimiento de realidades y contextos desde perspectivas particulares y grupales, permitiendo y promoviendo la apropiación social

del conocimiento, entendiendo la IAP como un proceso de construcción comunitaria, en el cual los miembros de un grupo comprenden su realidad, la analizan, reconocen sus problemáticas y actúan con el objetivo de transformarse (Balcazar, 2003). Por esta razón, la salud mental es una construcción colectiva que debe ser comprendida desde la percepción misma de la comunidad y su búsqueda activa de transformación y avance (Colmenares, 2012).

La estrategia CASMCUNAD estará coordinada desde la Maestría en Psicología Comunitaria de la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y humanidades, y será implementada en las ocho zonas en las cuales tiene influencia la Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Vinculará de manera permanente a docentes, estudiantes de pregrado y posgrado en especial de la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades (ECSAH), que estén desarrollando actividades y cursos de prácticas.

Es importante resaltar que la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, crea, genera y desarrolla la estrategia CASMCUNAD; con el fin de poder brindar la atención y acompañamiento a las comunidades, aplicando dentro de un ejercicio riguroso las teorías epistemológicas y conceptuales de la psicología comunitaria, desde un ejercicio ético, holístico e integral a través de la praxis, una intervención psicosocial acorde a las necesidades reales y propias de la comunidad dentro de unos procesos de participación, liderazgo y empoderamiento diferentes procesos de transformación social.

Por consiguiente, surge la necesidad de realizar el presente proyecto de investigación, siendo el objetivo principal analizar el alcance y pertinencia en la noción del bienestar psicológico, bienestar subjetivo y bienestar social, en el marco de la estrategia de los Centros de Acompañamiento (CASMCUNAD), que promuevan la Atención a la Salud Mental y Desarrollo humano en Comunidades; a través de una ruta metodológica de análisis de contenido y cartografía social, llevadas a cabo en 6 comunidades distintas, que finalmente den respuesta a los alcances y objetivos propuestos dentro del desarrollo del proyecto, pero a su vez observar y considerar dentro de los resultados otros niveles o dimensiones de información que emanan del estudio con estas comunidades en particular

Para llevar a cabo la ruta metodológica y el desarrollo del proyecto de investigación denominado: “Salud Mental Comunitaria a través de las Dimensiones de Bienestares y Desarrollo Humano Articulado a la Estrategia de Atención Psicosocial en los Centros de Acompañamiento CASMCUNAD”; se tuvo en cuenta, el paradigma cualitativo; que en el campo de la disciplina, en este caso la psicología comunitaria, que permitió la construcción del conocimiento con validez científica, donde intervinieron postulados paradigmáticos, donde el autor Sautu (2003), citado por Cuenya, L. & Ruetti, E.

(2010) argumentan: “entendiéndose por paradigma aquellas orientaciones de una disciplina constituidas por supuestos ontológicos, epistemológicos, axiológicos y metodológicos” (Sautu, 2003, p.272).

Dentro del método que se utilizó para el desarrollo de la investigación, permitió tener en cuenta unos aspectos claros en relación al abordaje del mismo, así como la construcción del conocimiento con rigor científico, que a la vez fuera válido y comprobable mediante el análisis de unos fenómenos particulares, como medio de observación, tesis e hipótesis, entre otros elementos que al final; buscaron conocer y fundamentar las dimensiones de los bienestar y desarrollo humano dentro de la salud mental comunitaria teniendo en cuenta sus características en la atención psicosocial de los centros de acompañamiento (CASMCUNAD), a través del Enfoque Histórico Hermenéutico, teniendo cuenta el método documental, mediante el estado del arte y la cartografía social, en un plan de análisis de datos a través de un análisis crítico del discurso.

En el presente proyecto de investigación no se realizó trabajo de campo; puesto que se efectuó un análisis documental y de contenido de 6 cartografías realizadas dentro de las acciones psicosociales que efectuaron en su componente práctico los estudiantes de pregrado del programa de psicología del curso de prácticas profesionales escenario 1 y 2 de la UNAD, que han desarrollado su práctica profesional a través de los centros de acompañamiento CASMCUNAD, bajo la orientación y apoyo tutorial de la estudiantes de la maestría en psicología comunitaria de la UNAD, Marisol Bejarano Peláez

En consecuencia con lo anterior dentro de las consideraciones éticas se tuvieron en cuenta o cabe mencionar que: en Colombia para desarrollo de trabajo con las comunidades, donde emergen unas dinámicas psicosociales en un contexto determinado e intrínsecamente dentro de un trabajo de investigación con rigor científico en el campo disciplinar de la psicología; es de vital importancia hacer firmar un consentimiento informado y asentimiento informado de las personas que de manera voluntaria aceptaron participar en este ejercicio de investigación, que permita dejar claridad con respecto al procedimiento y fases del proyecto, donde se describieron las acciones que se realizaron para garantizar el cumplimiento de las normas éticas (aceptación voluntaria, protección de la integridad física y psíquica de las personas entre otras).

Otro aspecto fundamental teniendo en cuenta que el nivel de riesgo dentro del desarrollo del presente trabajo de investigación fue mínimo, puesto que no se realizó trabajo de campo o aplicación directa de acciones de intervención psicosocial en comunidad; si es importante resaltar la confidencialidad, reserva de la información, resaltando el manejo, análisis y clasificación de los datos dentro de unos principios y rigor ético. De-

jando en claridad, que la participación en este estudio fue estrictamente voluntaria, la información que se recopiló fue de igual forma de carácter confidencial y no se utilizó para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Por último, es indispensable mencionar que se tuvo en cuenta el principio de beneficencia y sostenible procesual del presente proyecto de investigación, que permitió hacer parte de todo un trabajo realizado garantizando una acción sin daño, entendiéndose este principio como la obligación de no causar un daño a las personas que intervinieron o participaron directa e indirectamente en todo el proceso de la investigación; maximizando todos los posibles beneficios y donde se previno las acciones necesarias para minimizar todos los eventuales o posibles factores de riesgo. Donde se especificó con claridad, que la posible participación en el presente proyecto de investigación, no implicaba remuneración ni retribución monetaria alguna; por lo tanto, de acuerdo a los criterios de la Resolución 8430 del 04 de noviembre de 1993 expedida por el Ministerio de Salud; el presente proyecto de investigación se consideró SIN RIESGO para los involucrados, y no dio lugar a indemnizaciones o procedimientos de carácter legal por parte de la institución investigadora; que en este caso fue la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.

Desarrollo

El concepto de salud mental surge a mediados del siglo XX, refiriéndose tanto al estado de salud como enfermedad, entendida desde una perspectiva biopsicosocial e interdisciplinaria; cuyo objetivo principal es la intervención, recuperación y mantenimiento de la salud de manera holística e integral. Por lo que La salud mental tiene una historia tan prolongada como el propio ser humano, por lo que al transcurrir el tiempo la concepción en relación con lo que se determina como un trastorno mental ha tomado diferentes apelaciones y la forma como se puede tratar o intervenir; apareciendo el concepto de profilaxis mental en Europa, consecutivamente se consolida como higiene mental en Estados Unidos hacia el año 1908. Posteriormente, teniendo en cuenta lo relacionado a la asistencia psiquiátrica encaminada a encontrar las posibles soluciones a las diferentes afecciones en el campo de la salud mental, se establece la base para un nuevo enfoque de enfermedad, basada en la prevención; posteriormente hacia el año 1922 se genera una tendencia progresiva hacia la comprensión más allá de la simple prevención.

Por lo que la autora Teresa Lluch Canut (1999), en su tesis doctoral “La Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva”, cita los argumentos de diferentes autores, manifestando que:

Los avances científicos, unidos a un cambio de actitud social, fueron definiendo un nuevo enfoque de la salud mental, basado en un abordaje integral y multidisciplinario, en el que se contempla la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. De esta concepción empiezan a surgir los principios de prevención y rehabilitación, donde el medio social de la persona adquiere una importancia relevante (Abella, 1963, 1981a; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Linares, 1981; Rigol, 1991). En este contexto, surgió, a partir de los años 50-60, la etapa de la salud mental comunitaria, que condujo a la implantación de servicios comunitarios. El objetivo central era abordar el trastorno mental dentro del propio entorno de la persona, haciendo hincapié en la prevención y rehabilitación con una participación amplia de la comunidad. Cabe señalar que, además de los EE.UU., en el movimiento comunitario tuvo un papel relevante Inglaterra, que sirvió como modelo para varios países europeos. (Linares, 1981).

Teniendo en cuenta los orígenes de la salud mental, en los cuales se basan los principios de la Organización Mundial de la Salud OMS, encaminado a mejorar los procesos de apoyo, acompañamiento e intervención de la población, facilitando el incremento de la calidad de vida de las personas, que de igual forma busca reducir las brechas de inequidad frente a los servicios preventivos de salud disponibles, accesibles y adecuados, con un enfoque donde precisamente se tenga en cuenta dentro de ese abordaje o concepción de la salud mental, la utilización de términos como bienestar o malestar psíquico, que tiene que ver con la felicidad o la satisfacción del ser humano; que implica un concepto integral de la persona, donde se tiene en cuenta no solo los aspectos físicos y psicológicos, sino también sociales. Por lo tanto debe considerarse la salud mental, dentro de un estado dinámico y cambiante, dentro de un proceso constante de adaptación y equilibrio, donde se tenga en cuenta aspectos de gran relevancia como lo son la relación del individuo con su contexto cultural y los diferentes fenómenos sociales; que apuna a una perspectiva positiva que concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Jahoda, 1958; Lluch, 1997a; Martí Tusquets y Murcia Grau, 1987). Por lo que con base en lo anterior, en Colombia se considera la necesidad de replantear los modelos tradicionales o romper con los paradigmas que establecen que la salud mental, en lo relacionado al manejo de los diferentes trastorno, sólo se puede abordar desde un tratamiento o intervención netamente intrahospitalaria, por lo que en los nuevos desafíos es conveniente y necesario generar cambios positivos que conlleven a mejorar ese modelo tradicional de atención, desde una perspectiva más eficiente, oportuna y eficaz, acorde con las necesidades reales, particulares y específicas de cada población; que en últimas apunte a una atención en salud mental desde la comunidad como lo argumenta el autor Zaraza y Hernández (2016): “es más eficaz y acertada la atención de

la salud mental basada en la comunidad, porque promueve una mejor calidad de vida, un menor tiempo de recuperación, permite que la persona se sienta productiva, parte de un grupo, y en algunos casos la disminución de los síntomas psicóticos en pacientes con patologías como esquizofrenia, además, tiene la capacidad de descongestionar al sistema de salud. Por otro lado, los procesos en salud mental comunitaria no se centran en las necesidades particulares de la persona que padece una patología determinada, sino en la salud mental de un grupo humano que es influenciado y afectado desde la cotidianidad. Por lo cual, fenómenos como el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar, la marginación del adulto mayor, entre otros, pueden ser abordados desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, sin que necesariamente existan personas con diagnósticos de trastorno mental (Bang, 2014. Larban, 2010).

En el año 2013, el Congreso de Colombia en uso de sus facultades legales, expidió una normatividad jurídica importante y articulada a todo un análisis relacional frente a las problemáticas reales de la población colombiana en la ley 1616 o de Salud Mental, en la cual se estableció la necesidad de generar modalidades y servicios de atención integral e integrada de salud mental, para lo cual, la red integral de prestadores de servicios de salud, creó e incluyó a los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria, establecimientos que a pesar de la existencia de la norma no se habían materializado, pero se consideraban de gran importancia y necesarios de implementar, tanto en esta Ley, como en el Modelo para la Desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria en el año 2016.

Para concluir todo lo anterior, se plantea claramente la necesidad de priorizar la atención funcional y adecuada de la salud mental en entornos comunitarios, con el objetivo no solamente de disminuir la posibilidad de convertir en crónicas patologías de base, sino de abordar con criterios de participación activa las diferentes problemáticas dentro de una población, permitiendo el concurso de todos los actores, estableciendo estrategias cualitativa con un enfoque de apropiación social del conocimiento, y fundamentado en metodologías como la Investigación Acción Participativa por medio de la cual, la construcción comunitaria es quien define y estructura rutas de acción. Es en este espacio en donde el Centro de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD) no solamente podría responder pertinentemente a las necesidades en apoyo y acompañamiento de las problemáticas sociales, sino que, en cumplimiento de la ley 1616 de 2013, promovería el acceso a la salud de una mayor cantidad de personas, descongestionando significativamente el sistema de salud y mejorando la calidad de vida de las comunidades.

Estado del arte

Se realizó un análisis comparado de los diferentes conceptos que se articulaban a la construcción teórica y conceptual de algunas categorías relevantes dentro del proceso de investigación; donde se trajo a colación los planteamientos y postulados de algunos autores, que definieron en primera, segunda y tercera voz el concepto de bienestar dentro de la atención en salud mental comunitaria y desarrollo humano. De igual forma, se colocaron en evidencia algunos de los conceptos que también guardaban estrecha relación con el concepto de bienestar dentro del ámbito de la psicología comunitaria; presentando algunas investigaciones y estudios realizados a nivel nacional e internacional, cuyos objetivos de investigación se relacionaban en gran medida con el presente trabajo.

A partir del análisis realizado en torno a los conceptos de primera, segunda y tercera voz en relación al concepto de bienestar y desarrollo humano articulado a la salud mental comunitaria; se puede evidenciar dentro de la argumentación teórica y conceptual de cada uno de los autores, conceptos claves para la psicología comunitaria y a su vez las dinámicas psicosociales que emergen en el contexto comunitario, haciéndose imperativo afirmar que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre la salud en el mundo, dedicado en el año 2001 a la salud mental, argumenta cómo los sistemas de salud mental en muchos países estaban siendo objeto de grandes reformas, entre ellas la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, el desarrollo de programas basados en la comunidad y la integración en el sistema de salud general, promoviendo una reforma del sistema de salud mental hacia servicios de base comunitaria y haciendo énfasis en la paradoja en salud mental en el sistema de salud colombiano, donde sea visible la defensa de los derechos humanos con base en la normatividad en salud mental.

Por lo que a partir de lo anterior en Colombia se hace imperativo expedir la Ley 1616 de Salud Mental que busca precisamente articular todos estos lineamientos emanados por la OMS, enfatizando en aspectos relevantes para abordar temas relacionados con el concepto de bienestar, pero a su vez como se pueden generar cambios significativos en la calidad y eficacia de la atención de la población, desde una perspectiva no solo individual, sino también comunitaria; que permitiera también formular por parte de los entes gubernamentales planes, proyectos y programas relacionados con la implementación de políticas públicas, que garantizaran esos derechos fundamentales como lo es la salud integral y ese completo bienestar psicosocial del ser humano, como lo define la OMS.

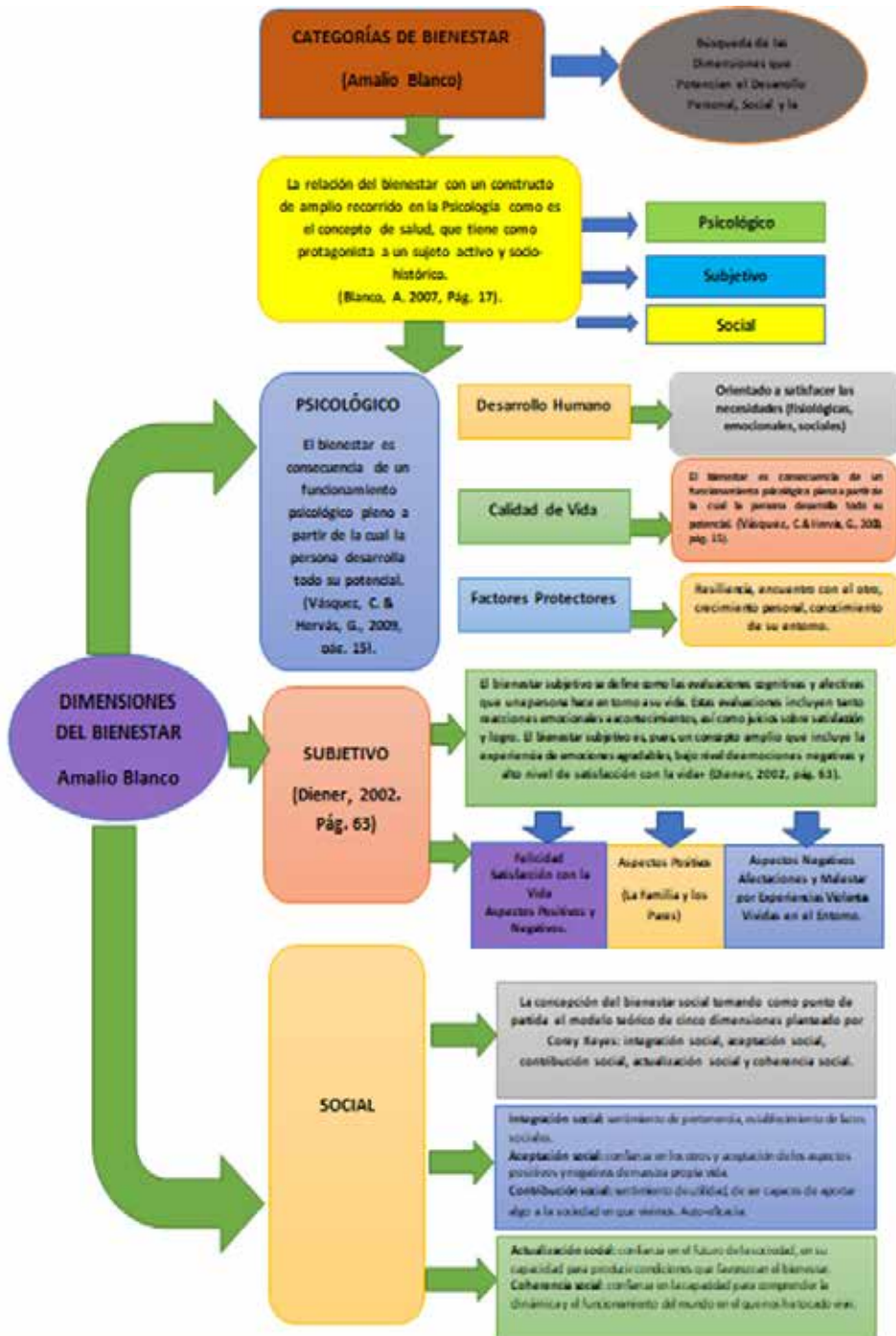
Por otra parte, estos autores, plantearon como el bienestar guarda una estrecha relación con el concepto de salud mental, puesto que precisa aspectos relacionados con la vida emocional y cognitiva de los seres humanos, resultado de los procesos de la interacción de cada individuo con su entorno familiar o social; donde de acuerdo a una dinámicas psicosociales particulares, teniendo en cuenta unos factores individuales y colectivos en estrecha relación con las diferentes condiciones de vida, oportunidades de desarrollo, estimulación de las capacidades, reglas, expectativas, metas generadas, rutinas saludables, seguridad, apoyo y refuerzo positivo, influyen en su satisfacción personal, autonomía y capacidad para tomar decisiones que posteriormente se ven reflejadas en los diferentes grupos humanos y contextos comunitarios.

De igual forma se presentaron o resumieron las definiciones de la categoría de bienestar, donde resultó pertinente identificar algunos elementos que se tuvieron en cuenta como fueron: las diferencias y similitudes conceptuales y teóricas; donde los diferentes autores coinciden en describir que dentro del contexto comunitario los fundamentos teóricos y la praxis dentro de la psicología como ciencia, está estrechamente relacionada con el bienestar no solo con las situaciones que emergen a nivel individual, desde un plano psicológico, subjetivo y social, frente a los aspectos positivos o negativos que emergen de los juicios cognitivos y afectivos de los seres humanos y la importancia del apoyo y acompañamiento profesional que apunte o se centre en intereses personales y colectivos, dentro de un fin común, asociado al bienestar social.

Finalmente, se establece la psicología comunitaria como una disciplina que avanza en su legitimación científica, con un compromiso y responsabilidad social de generar cambios significativos en la mejora del bienestar y calidad de vida de los colombianos desde el campo individual y colectivo; asociado a los procesos de participación, liderazgo, empoderamiento y transformación social en el contexto comunitario.

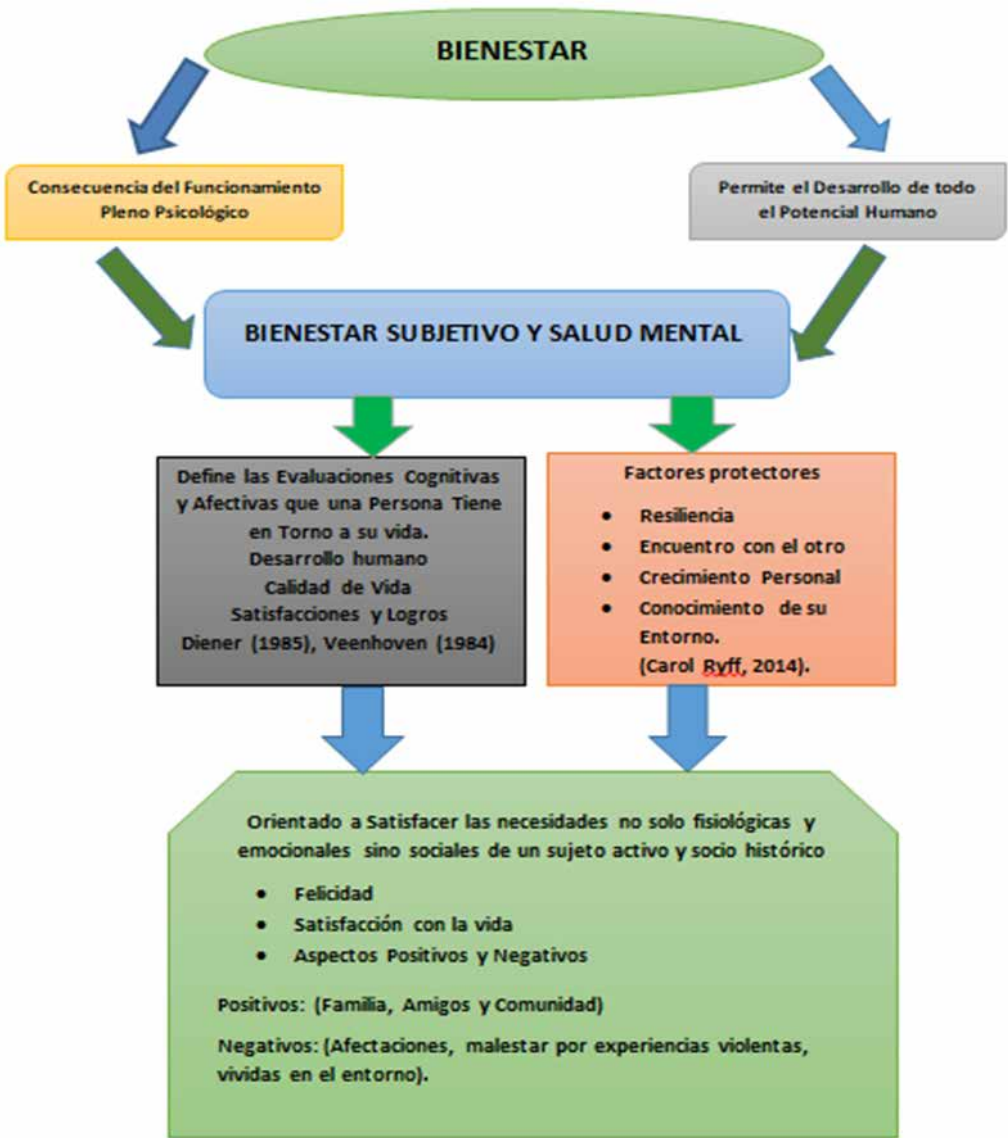


Figura 13. Definiciones y conceptos de bienestar, primera voz



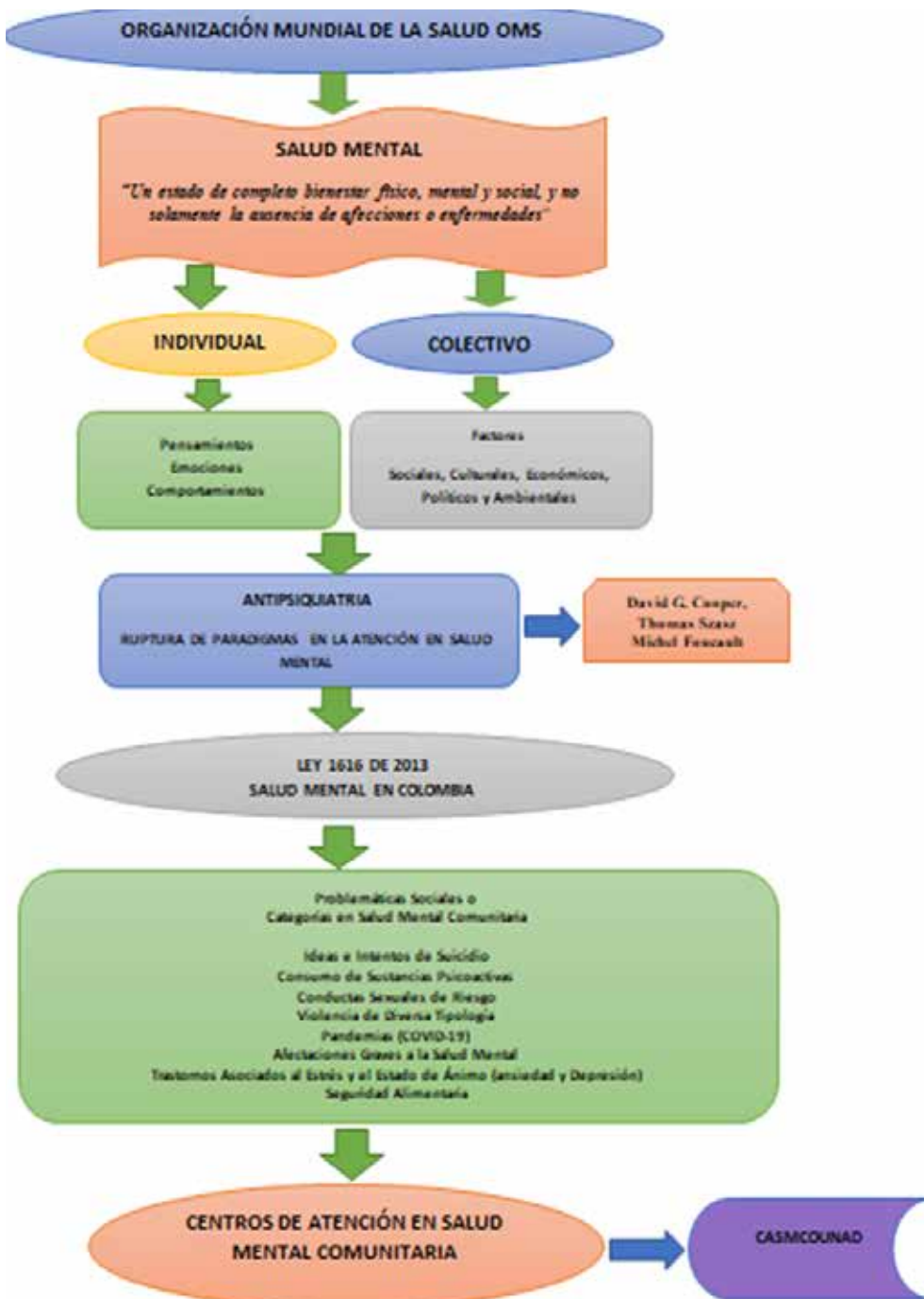
Fuente: elaboración propia.

Figura 14. Bienestar subjetivo y salud mental, segunda voz



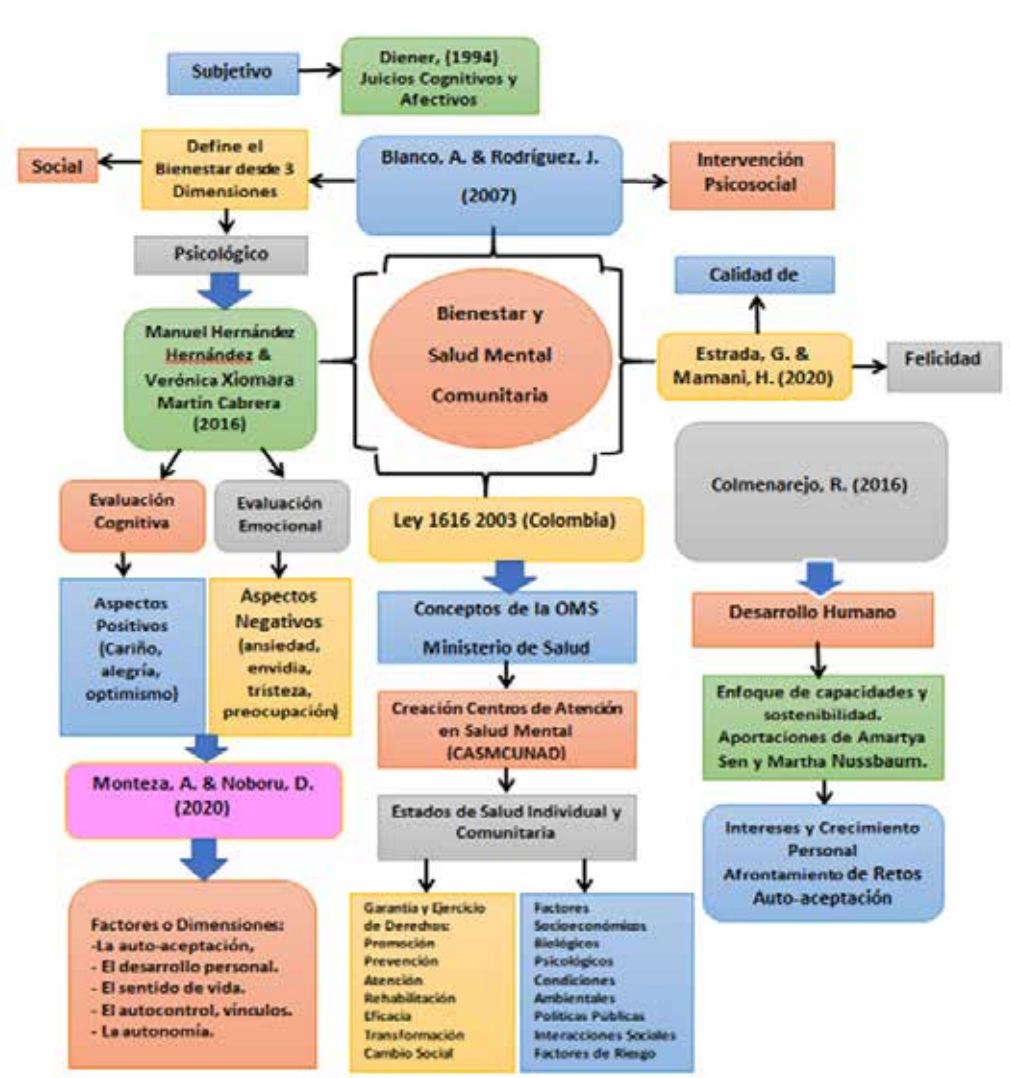
Fuente: elaboración propia.

Figura 15. Ley 1616 de salud mental en Colombia tercera voz



Fuente: elaboración propia

Figura 16. Esquemas de síntesis primera, segunda y tercera voz (dimensiones de bienestar y desarrollo humano en la salud mental comunitaria)



Fuente: elaboración propia.

Análisis documental

El plan de análisis de los resultados del presente proyecto de investigación se realizó mediante la revisión sistemática de los datos tanto documental como de contenido (matriz de análisis documental), frente al análisis crítico de la información y de un componente gráfico (cartografía social), ayudando a complementar los procesos interpretativos; así

como el acercamiento al análisis propiamente de los datos y ejercicio de discusión y el estado del arte como parte de los resultados.

Por lo que, teniendo en cuenta lo anterior se procedió mediante una matriz de análisis documental en relación a los datos obtenidos, a visualizar aspectos de gran relevancia dentro de la investigación y referentes como de gran importancia como fueron: los datos bibliográficos, temática relevante, extracción de las ideas principales, tópico que aborda, tipo, título, resumen, país, campo de aplicación y a que población está dirigida; generando a partir del desarrollo del análisis de los resultados, producto de la triangulación de la información, establecer unas categorías en salud mental comunitaria que emergieron del proceso investigativo dentro del proceso de análisis documental con respecto a las dimensiones de bienestar y desarrollo humano.

Tabla 13. Definiciones y conceptos de bienestar, primera voz

Conceptos Claves Análisis Documental		
Concepto	Autores	Análisis de los Resultados
Bienestares y Desarrollo humano	Blanco, A. & Rodríguez, J. (2007). Intervención Psicosocial.	<ul style="list-style-type: none"> Se establecen 3 dimensiones del bienestar (psicológico, subjetivo y social) como elementos fundamentales dentro de la intervención psicosocial en comunidades, a nivel epistemológico aborda la psicología como una ciencia determinante en el acompañamiento y apoyo profesional dentro del servicio que genera y apunta al bienestar de personas, grupos y comunidades. Aborda la psicología como una ciencia determinante en el acompañamiento y apoyo profesional dentro del servicio que genera. Apunta al bienestar de personas, grupos y comunidades.
Bienestares y Desarrollo humano	Estrada, G. & Mamani, H. (2020). Bienestar psicológico y resiliencia en estudiantes de educación superior pedagógica.	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo con Ryan y Deci (2001), existen dos perspectivas desde las cuales se ha estudiado el bienestar psicológico durante las últimas décadas: la perspectiva hedónica, relacionada con el placer y la felicidad. La perspectiva eudaimónica, que se centra en la autorrealización. El concepto de bienestar relacionado con variables como la felicidad, la salud mental y la calidad de vida; asociado a los niveles de desempeño académico. Influencia del contexto en los individuos (incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas).

<p>Bienestares y Desarrollo humano</p>	<p>Amalio Blanco & Darío Díaz. (2005). El bienestar social: su concepto y medición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (Diener, 1994, p. 67). El bienestar subjetivo se inscribe, pues, dentro de un marco fundamentalmente emocional que ha tomado diversas denominaciones: felicidad (Argyle, 1992; Fierro, 2000), satisfacción con la vida (Veenhoven, 1994), y afectos positivos o negativos (Bradburn, 1969) que se desprenden de las condiciones en las que se desenvuelve nuestra existencia.
<p>Bienestares y Desarrollo humano</p>	<p>Colmenarejo, R. (2016). Enfoque de capacidades y sostenibilidad. Aportaciones de Amartya Sen y Martha Nussbaum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma como aspecto fundamental el enfoque de capacidades en relación al desarrollo humano y lo articula con la evaluación y la valoración de la calidad de vida de forma individual, con la participación e implicación del sujeto mismo dentro de un contexto comunitario. • Ampliado su alcance al ser utilizado como marco teórico para la creación de indicadores sobre la privación, la calidad de vida o la salud, o bien para abordar las cuestiones de la educación superior o el impacto de la tecnología en la vida de las personas.

Fuente: elaboración propia.

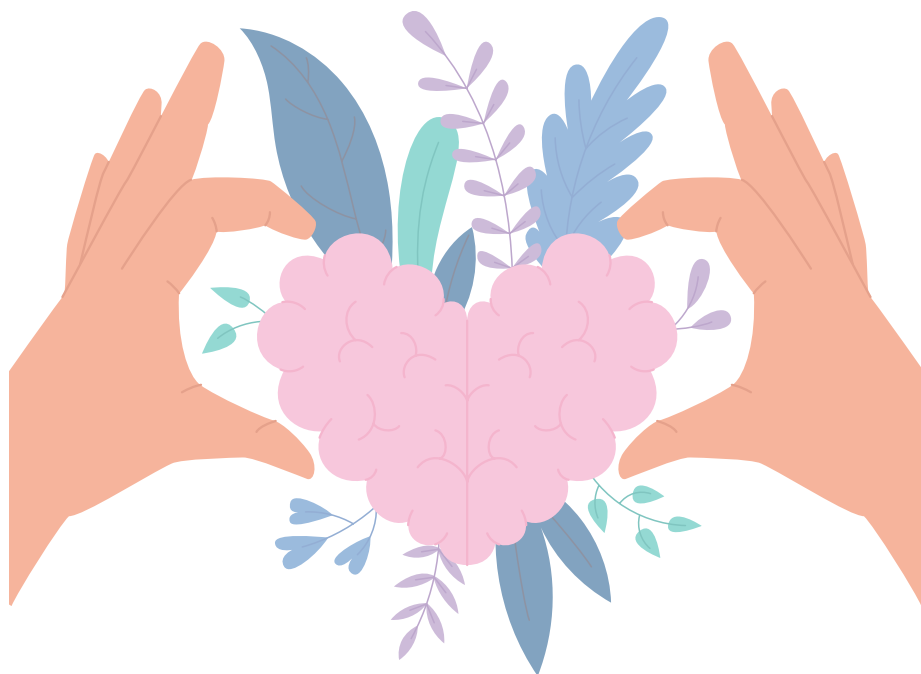


Tabla 14. Bienestar subjetivo y salud mental, segunda voz

Conceptos claves análisis documental		
Concepto	Autores	Análisis de los resultados
Bienestar Subjetivo y Salud Mental	Hernández & Verónica Xiomara Martín Cabrera (2016). Bienestar Subjetivo, Bienestar Psicológico y Significación Vital en Personas en Situación de Desempleo.	<ul style="list-style-type: none"> En opinión de Diener (1984), el Bienestar Subjetivo contiene tres características importantes: su carácter subjetivo (que hace referencia a las experiencias vividas de la persona); su dimensión global (que se basa en la valoración global de las diferentes áreas de la vida del individuo), y por último, la inclusión de medidas positivas. Según García (2002), una persona que tenga más experiencias agradables a lo largo de su vida, es más probable que juzgue su vida como placentera, así mismo, las personas que hagan una valoración de su vida de una forma positiva, son las que tienen mayor Bienestar Subjetivo. De lo contrario, las personas que valoran su vida como negativa y perjudicial, son las más “desdichados”. (p.1). Coincidiendo con Diener (1985), Veenhoven (1984) define el bienestar subjetivo como el grado en el que un individuo valora en términos positivos el transcurso de su vida en términos generales. En conclusión, el Bienestar Subjetivo se define como el grado en el que una persona está satisfecha en los diferentes aspectos de su vida, haciendo una evaluación tanto a nivel emocional como cognitivo. (p.2). El bienestar puede ser el resultado de dos procesos interconectados de valoración: la evaluación racional o cognitiva y la emocional o sentimental. Para Pavot y Diener (1993), el bienestar subjetivo integra dos aspectos: por un lado, posee un componente afectivo que, a su vez, se divide en afecto positivo (como puede ser el cariño, la alegría, el optimismo, etc.) y negativo (como la ansiedad, la envidia, la tristeza, preocupación, etc.), y, por otro lado, un segundo componente cognitivo, el cual hace referencia a la satisfacción con la vida. (p.2).

<p>Bienestar Subjetivo y Salud Mental</p>	<p>Monteza, A. & Noboru, D. (2020). Esquemas desadaptativos tempranos y bienestar psicológico en pacientes que acuden a consulta externa en una Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPRESS, Lima, Perú 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo multidimensional del bienestar psicológico, fue desarrollado por Carol Ryff, quien sostuvo que el bienestar está asociado a la búsqueda de la autorrealización, del desarrollo de las capacidades, habilidades, del desarrollo personal (Ryff, 2014). Dichos planteamientos de Ryff fueron influenciados por las propuestas de Maslow y Rogers, sosteniendo que el bienestar de las personas surge por el esfuerzo que estas realizan para alcanzar el desarrollo de su potencial, lo cual provee una mayor experimentación de pensamientos, emociones y sentimientos positivos hacia la vida. (p.99). • Sobre el bienestar psicológico, diversos autores como Castro (2009), Reise, Bonifav y Haviland (2013) y Sagone y De Caroli (2014) sostuvieron que representa un constructo donde interactúan diferentes factores, los cuales agrupándolo se pueden tener dos principales: factores ambientales y factores individuales. Sobre los factores ambientales, se tiene las condiciones de vida, oportunidades de desarrollo, estimulación de las capacidades, reglas, expectativas, metas generadas, rutinas saludables, seguridad, apoyo y refuerzo positivo. Por otro lado, los factores individuales están las características de personalidad, disposiciones emocionales, niveles de energía, grado de adaptabilidad, aptitudes específicas, estrategias de afrontamiento, entre otras. (p. 99-100).
<p>Bienestar Subjetivo y Salud Mental</p>	<p>Sandoval, D. (2014). La Subjetividad en el Enfoque del Desarrollo: Calidad de Vida, Bienestar Subjetivo y Capacidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para aproximarnos a la problemática planteada, el artículo se divide en tres ejes. El primer eje presenta una aproximación general a los modelos de calidad de vida y la incorporación del componente subjetivo, lo que en la literatura ha tendido a conceptualizarse como cualidades internas de la CV (Barrientos, 2005); el segundo eje presenta el marco conceptual de las teorías a contrastar: Por un lado el modelo del bienestar subjetivo propuesto por Ed Diener (Diener, 1984), por otro, el enfoque de las capacidades de Nussbaum y Sen (Nussbaum & Sen, 1996); Por último, el tercer eje busca dar respuesta a la pregunta ¿cuáles son las ventajas y limitaciones que presentan ambos modelos en relación con la integración de la subjetividad, enmarcado esto en la discusión sobre el desarrollo? (p.38).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 15. Ley 1616 de Salud Mental en Colombia, tercera voz

Conceptos Claves Análisis documental		
Concepto	Autores	Análisis de los resultados
LEY 1616 DE 2013 DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA	Castro, X. & Munevar, M. (2014). Nuevo Panorama de la Salud Mental en Colombia.	<ul style="list-style-type: none"> • La reglamentación de la Ley 1616 de 2013 constituye una gran oportunidad para los diversos actores del ámbito de la salud mental (instituciones públicas, privadas, profesionales y ciudadanos) ya que nos convoca a reflexionar, proponer e inventar nuevas formas de acción que antes no se contemplaban a nivel político, como la Atención Primaria en Salud Mental y la salud mental comunitaria. Lo anterior implica que aún está abierto el espacio de dialogo para proponer nuevos dispositivos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Lugares que posibiliten el encuentro, la palabra y la escucha; lugares donde los sujetos puedan construir mejores formas de arreglárselas con su sufrimiento y así establecer nuevos lazos con los otros. (p.6). • Creación de los Centros de Escucha en Salud Mental (CASMCUNAD).
LEY 1616 DE 2013 DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA	Hernández, D. & Sanmartin, C. (2018). La Paradoja de la Salud Mental en Colombia: entre los Derechos Humanos, la Primacía de lo Administrativo y el Estigma..	<ul style="list-style-type: none"> • La psicología comunitaria como disciplina avanza en su legitimación científica, con un compromiso y responsabilidad social de generar cambios significativos en la mejora del bienestar y calidad de vida de los colombianos desde el campo individual y colectivo. • La OMS (2004), plantea unos determinantes de la salud, afectando el estado de salud individual y comunitaria, donde se argumenta que están definidos por unos factores socioeconómicos y ambientales como lo son las interacciones sociales, factores psicológicos y biológicos; que guardan estrecha relación con indicadores de pobreza, bajos niveles de educación, malas condiciones habitacionales, bajos ingresos, experiencias de vivir en inseguridad y desesperanza, cambios sociales rápidos a los que es fácil adaptarse, con altos riesgos de violencia y afectaciones de la salud tanto física y mental.

<p>LEY 1616 DE 2013 DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA</p>	<p>Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. (2018). Salud Mental en Colombia. Un Análisis Crítico..</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Organización Mundial de la Salud declaró la importancia de la salud mental y estableció la necesidad de promover el bienestar, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales. • Aparecen exigencias sociales mediadas por políticas públicas que deben estar dirigidas a atención en salud mental no solo a nivel individual, sino necesariamente grupal, colectiva y social. • Se involucran factores psicosociales, centrados en la investigación, acción participativa, que busca como objetivo la participación y empoderamiento comunitario. • Las políticas públicas de salud mental constituyen una herramienta fundamental para la consecución de la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano. • La OMS (2004) señala que: “los problemas mentales, sociales y de conducta pueden interactuar en forma tal que intensifican sus efectos sobre la conducta y el bienestar” (p.12). • Finalmente, la OMS establece que la relación entre la calidad de salud mental y los derechos humanos es algo inherente; argumentado que: “un clima que respete y proteja los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos; es fundamental para... la salud mental” (OMS, 2004, pág.25).
---	---	---

Fuente: elaboración propia.

Análisis cartográfico

Dentro del desarrollo de la presente investigación, articulada al Proyecto o estrategia llevada a cabo por el Centro de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria (CASM-CUNAD); donde a continuación, se presentan las comunidades que fueron objeto de análisis por medio de sus cartografías sociales elaboradas a través de la construcción de un diagnóstico de la misma comunidad; en el cual los diferentes actores participaron activamente permitiendo un abordaje de la realidad desde su propia cosmovisión, estableciendo sus principales problemas y necesidades como grupo o colectivo social en el ámbito de la salud mental, en la que elaboró un diagnóstico participativo comunitario, mediante la construcción de 6 cartografías sociales (mapas sociales).

Tabla 16. Departamento y municipios participantes en CAMSCUNAD (comunidades elegidas para realizar el análisis cartográfico)

Departamento	Municipio
Nariño	Tumaco
Meta	Puerto Gaitán
Valle del Cauca	Yumbo
Bolívar	San Pablo
Valle del Cauca	Cali
Valle del Cauca	Palmira

Fuente: elaboración propia.

Guía para la realización de las cartografías CASMCUNAD

La cartografía social es un método participativo de investigación colectiva que partió de una perspectiva integradora, mediante la cual, se entiende que la realidad es construida culturalmente por las personas, desde sus experiencias culturales, interpersonales y políticas, las cuales influyeron en la representación mental, gráfica, subjetiva y material del contexto socio- cultural.

Según el autor Habegger y Mancila (2006), establece en sus postulados teóricos que:

La cartografía social permite conocer y construir un conocimiento integral del territorio para que se pueda elegir colectivamente una mejor manera de vivirlo, desde una mejor comprensión de la realidad territorial, de cómo se vive el territorio que se habita y cómo construye el futuro territorio que se desea. Desde esta perspectiva, entendemos la cartografía social como un proceso de planificación urbana participativa en el que los propios actores repiensen el territorio desde el mapa, poniendo en el centro el saber y la memoria de las personas que viven en él y buscando soluciones colectivas desde la participación ciudadana y el dialogo entre diferentes actores (p.6).

Categorías

Para el desarrollo de la Fase 1: Diagnóstico Participativo Comunitario, se establecieron cinco (5) categorías que permitieron establecer un diagnóstico de la comunidad; entre las cuales se encuentra la Categoría de Bienestares

Bienestares

El bienestar humano es el estado en que los individuos tienen la capacidad y la posibilidad de llevar una vida que tienen motivos para valorar. La capacidad de las personas para procurarse una vida que valoren está determinada por una diversidad de libertades instrumentales. El bienestar humano implica tener seguridad personal y ambiental, acceso a bienes materiales para llevar una vida digna, buena salud y buenas relaciones sociales, todo lo cual guarda una estrecha relación con y subyace a la libertad para tomar decisiones y actuar.

Dimensiones del bienestar humano

Bienestar subjetivo

Satisfacción: juicio o evaluación global de los diversos aspectos que una persona considera importantes en su vida.

Afecto positivo: resultado de una experiencia emocional placentera ante una determinada situación vital.

Afecto negativo: resultado de una experiencia emocional negativa ante una determinada situación vital.

Bienestar psicológico

Auto aceptación: sentirse bien consigo mismo, actitudes positivas hacia uno mismo.

Relaciones positivas con los otros: mantenimiento de relaciones estables y confiables.

Autonomía: capacidad para mantener sus convicciones (autodeterminación), y su independencia y autoridad personal.

Dominio del entorno: habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias.

Objetivos vitales que permitan dar sentido a la vida.

Crecimiento personal: empeño por desarrollar las potencialidades y seguir creciendo como persona.

Bienestar social

Integración social: sentimiento de pertenencia, establecimiento de lazos sociales.

Aceptación social: confianza en los otros y aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.

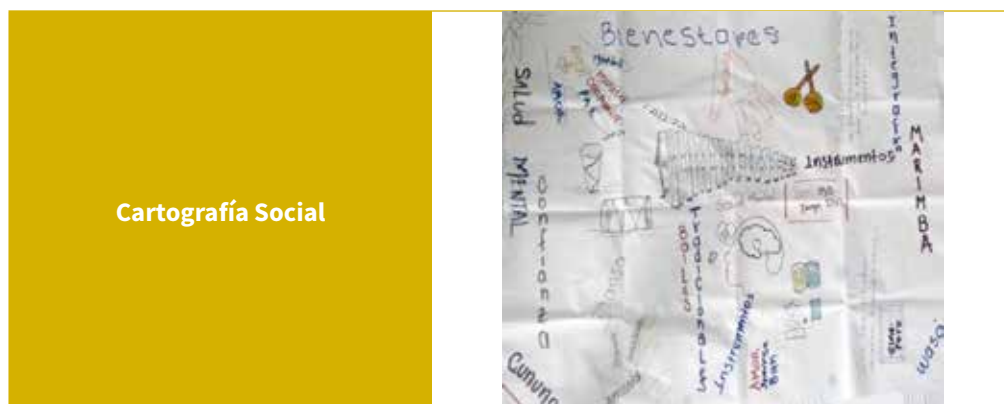
Contribución social: sentimiento de utilidad, de ser capaces de aportar algo a la sociedad en que vivimos.

Autoeficacia

Actualización social: confianza en el futuro de la sociedad, en su capacidad para producir condiciones que favorezcan el bienestar.

Coherencia social: confianza en la capacidad para comprender la dinámica y el funcionamiento del mundo en el que nos ha tocado vivir. (Rodríguez, A. Proyecto o Estrategia CASMCUNAD).

Tabla 17. Síntesis comunidad A (agrupación NAIDI, Tumaco, Nariño)



Elementos Referenciados por la Comunidad	Elementos NO Referenciados Dentro de las Dimensiones de Bienestar y Desarrollo Humano
Valores Participación Folclor Innato de la Región Pacífica. Actividades de Tiempo Libre. Construcción de Proyectos de Vida. Diálogo e intercambio de Saberes Individuales y Colectivos.	Costumbres Ancestrales Arraigo Cultural Cohesión Social Transformación Comunitaria. Construcción del Tejido Social Despliegue de Capacidades.

Fuente: elaboración propia.

En esta comunidad se evidenció aspectos importantes relacionados con la clasificación de los diferentes tipos de bienestar que de una u otra manera se enfocan o apuntan al despliegue de capacidades tanto individuales como colectivas, dentro de un enfoque de desarrollo humano. Contrastando lo encontrado dentro de las narrativas y dinámicas propias psicosociales de la comunidad con la argumentación teórica de los autores Blanco, A. & Rodríguez, J. (2007), los cuales plantean y definen el concepto de bienestar desde tres dimensiones:

Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social; pero a su vez, aborda la psicología como una ciencia determinante en el acompañamiento y apoyo profesional, al servicio del bienestar de personas, de grupos de comunidades, identificando unas problemáticas y necesidades sociales. Todo esto articulado a los planteamientos citados desde la teoría de Ryff (2014), quien argumenta que el bienestar psicológico está compuesto por seis factores o dimensiones; donde finalmente, describe el grado de bienestar en relación con unas características, recursos y limitaciones individuales como lo son: el desarrollo personal, que describe el bienestar entorno a su mejoramiento de las capacidades, habilidades y actitudes de uno mismo, el sentido de vida, es el bienestar acerca de los objetivos, metas, logros y dirección que tiene las personas, la dimensión control, que describe el bienestar relacionado a la autorregulación del individuo frente a las diferentes situaciones proveyendo equilibrio, la dimensión vínculos, representa el bienestar que tiene las personas en relación a la capacidad para lograr relaciones satisfactorias con los demás, concluyendo con la autonomía, donde describe la capacidad que tienen los individuos para con su independencia, tanto para actuar como también para tomar decisiones (Casullo, 2006, pág.99).

Tabla 18. Síntesis comunidad B (mujeres afro construyendo un mejor futuro, Puerto Gaitán)



Cartografía Social

Elementos Referenciados por la Comunidad	Elementos NO Referenciados Dentro de las Dimensiones de Bienestar y Desarrollo Humano
<p>Libertad en Toma de Decisiones.</p> <p>Oportunidades para continuar estudios de básica secundaria y media vocacional.</p> <p>Emprendimiento a través de la elaboración de turbantes.</p> <p>Acceso a servicios de salud de forma Inmediata.</p> <p>Los niños viven más tranquilos y pueden practicar todo tipo de actividades deportivas.</p> <p>Oportunidades laborales a través de ECOPETROL.</p> <p>Acercamiento a las costumbres y actividades espirituales.</p> <p>Procesos comunicativos y de participación.</p> <p>Propósitos de Vida.</p> <p>Actividades recreativas, culturales y deportivas.</p> <p>Costumbres y actividades espirituales.</p> <p>Procesos comunicativos y de participación.</p> <p>Propósitos de Vida.</p> <p>Actividades recreativas, culturales y deportivas.</p>	<p>Auto-aceptación y autonomía emocional.</p> <p>Resiliencia y afrontamiento comunitario producto de ser mujeres inmersas en hechos victimizantes, del conflicto armado colombiano.</p> <p>Empoderamiento y Resignificación.</p> <p>Expresión cultural relacionada con su arraigo y territorios.</p> <p>Capacitación y oportunidades de emprendimiento.</p> <p>Expresión y Construcción de Subjetividades.</p> <p>Fenómenos sociales. Crecimiento Personal y Desarrollo.</p> <p>Expresión y Construcción de Subjetividades.</p> <p>Fenómenos sociales. Crecimiento Personal y Desarrollo.</p>

Fuente: elaboración propia.

Dentro de la comunidad se encontró ya un empoderamiento lo que permitió por medio de los encuentros fortalecer esas pautas o herramientas facilitadoras para empoderamiento; lo cual les permitió tener innovación y aprovechamiento de las redes sociales. Además, por medio de la cartografía social de bienestar también se evidenció que estas mujeres se encuentran a gusto con la vida que llevan, ya que viven mucho más tranquilas, seguras, cuentan con mucha más autonomía, auto aceptación; lo cual les permite mejorar la calidad de vida.

Para la realización del levantamiento cartográfico se tomó como referente teórico los postulados de la autora Carol Ryff; donde menciona que por medio de la “escala de bienestar psicológico” se dan seis dimensiones que Ryff identificó y que permitió medir el bienestar subjetivo: auto aceptación, autonomía (entendida como vivir según las propias convicciones, aunque signifique ir en contra de la sabiduría convencional), dominio del entorno, relaciones interpersonales positivas, propósito en la vida y crecimiento personal.

El diagnóstico participativo permitió abordar las integrantes de la asociación mujeres afro construyendo un mejor futuro, desde sus propias realidades. Lo que facilitó que se realizará un levantamiento de cartografías sociales, donde plasmaron por medio de dibujos temas relacionados con la categoría de bienestar y desarrollo humano, que ellas mismas eligieron, visualizándose algunas problemáticas identificadas dentro de la misma comunidad como lo fue: hechos victimizantes producto del conflicto armado colombiano entre los cuales estas mujeres tenían en común temas como el desplazamiento forzado, presuntos actos sexuales abusivos, experiencias que generaron estrés postraumático, desaparición y fallecimiento de sus seres queridos, y momentos de dolor y angustia, esto permitió que ellas no dejaran atrás su propia historia y se concientizan del proceso de resiliencia y afrontamiento comunitario que han construido al largo del camino.

Fue de gran apoyo los referentes teóricos ya que permitió que se generara un reconocimiento como los diferentes sistemas se han visto afectados por el conflicto armado y desplazamiento y como desde un bienestar psicológico de Carol Ryff, se identificó ese propósito de vida, crecimiento personal, auto aceptación y autonomía. Donde ellas siendo las principales autoras de su propia realidad realizan ese reconocimiento del desarrollo humano; es importante destacar que teniendo en cuenta esos aspectos negativos y positivos expuestos por los autores Amalio Blanco & Darío Díaz (2005), dentro del bienestar social y su concepto de medición; citando los postulados teóricos de Bradburn, (1969), dentro de un marco fundamentalmente emocional, que se desprenden de las condiciones en las que se desenvuelve nuestra existencia.

Tabla 19. Síntesis comunidad C (vereda Buenos Aires, Las Cruces, Yumbo, Valle del Cauca)

<p>Cartografía Social</p>		
<p>Elementos Referenciados por la Comunidad</p>	<p>Elementos NO Referenciados Dentro de las Dimensiones de Bienestar y Desarrollo Humano</p>	
<p>Consumo de Sustancias Psicoactivas Empoderamiento y Participación Ferias y Fiestas Propias del Pueblo. Multiculturalidad.</p> <p>Ausencia de Espacios y Actividades de Recreación y Deporte</p> <p>Grupos de Delincuencia Social Venta de Artesanías.</p> <p>Falta de Credibilidad y Apoyo de Entidades Gubernamentales.</p> <p>Respeto por sus Ideologías y Creencias Culturales.</p> <p>Falta de Oportunidades Laborales. Invasión de Tierras.</p> <p>Preparación de Alimentos para Ventas Informales.</p> <p>Actividades de Producción Económica través de Ventas Informales.</p>	<p>Respeto por sus Ideologías y Creencias Culturales.</p> <p>Servicios, Iglesias y Redes. Expresiones Artísticas.</p> <p>Sentido de Comunidad. Procesos de Comunicación y Dialogo.</p> <p>Relaciones Sociales y Culturales.</p> <p>Falta de Liderazgo y Organización Comunitaria. Riesgos y Vulnerabilidades. Mediación Cultural.</p> <p>Desigualdad Social. Memoria Histórica. Dinamización de Espacios de Producción Social.</p> <p>Narrativas Propias. Convivencia y Transformación Social.</p>	

Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados anteriormente, fue trascendental contratar todo lo expuesto por la comunidad con las teorías y postulados de los autores referenciados dentro del presente proyecto de investigación, mencionando que siempre se ha tenido como concepto de comunidad a un conjunto de individuos (Animales, humanos) que comparten características comunes de diferente índole, ya sea económico, social, cultural, entre otros. Sin embargo, este concepto va mucho más allá y se direcciona hacia definir la comunidad como un “objeto”; frente a ser objeto de estudio de teorización y de intervención y como esencia misma de la psicología comunitaria.

También se pudo ver cómo “sujeto”, en el sentido de verse frente al reconocimiento y cuestionamiento crítico de cómo se constituyen los sujetos sociales en la sociedad contemporánea, enlazado esto a las diferentes dinámicas psicosociales que nos permitan reflexionar y hacer una mirada a los contextos colombiano y latinoamericano. Establecer una panorámica de comprensión del sujeto y sus dinámicas psicosociales, a partir de tener en cuenta aspectos o elementales como lo son su historicidad y complejidad, que nos permita como profesionales en el campo de la Ciencias Sociales y Humanas, principalmente en el campo de la Psicología, desarrollar estrategias de comprensión de esas dinámicas al interior de los procesos de cambio sociocultural. Así como integrar y argumentar la base de los conceptos establecidos en el curso, fomentando un análisis, interpretación y valoración de las dinámicas psicosociales presentes en los diferentes contextos.

Se puede concluir que el principal interrogante que plantea es lo relacionado con la complejidad misma de la definición de comunidad y el trabajo comunitario en sí; puesto que esta debe estar caracterizada por elementos fundamentales como la identidad, la localización, intereses, objetivos, creencias y necesidades. Por lo que el principal rasgo que se logra identificar en la comunidad propuesta es el de: comunidades territoriales construidas en condiciones de adversidad económica y social, debido a las condiciones y limitaciones a las cuales se ve expuesta esta comunidad en su proceso de organización misma, buscando puntos de encuentro que finalmente los lleva a mejorar su calidad de vida, asociado a la salud mental y el bienestar integral.

Tabla 20. Síntesis comunidad D (trabajadores Planta Extractora Loma Fresca S.A.A., municipio de San Pablo, Bolívar)

<p>Cartografía Social</p>	
<p>Elementos Referenciados por la Comunidad</p>	<p>Elementos NO Referenciados Dentro de las Dimensiones de Bienestar y Desarrollo Humano</p>
<p>Actividad Económica Enfocada al Cultivo. Organización Comunitaria No Formal. Actividades Económicas de Comercio Informal. Respeto por sus Ideologías y Creencias Religiosas. Motocicleta como Medio de Transporte. Presencia de Grupos Armados. Falta de Alcantarillado. Acceso a Servicios Básicos. Celebración de Fechas Especiales.</p>	<p>Participación y Liderazgo Comunitario a través de las JAC. Acciones de Responsabilidad Social empresarial. Respeto por sus Creencias Religiosas. Actividades deportivas, recreativas y de esparcimiento. Apoyos Educativos Mediante Kits Escolares. Acceso a los Servicios Públicos y de Salud. Oportunidades Laborales. Apoyo de Entidades Gubernamentales. Desarrollo de Prácticas y Costumbres Culturales. Problemáticas Sociales como Hurtos y Fleteos..</p>

Fuente: elaboración propia.

Con la aplicación de este instrumento se logró evidenciar a través de los mapas cartográficos, un proceso de construcción que posibilitan el reconocimiento del territorio y sus dinámicas psicosociales, frente a la categoría de bienestar, desarrollo y organización desde la misma comunidad; resaltando con gran relevancia las ideas y percepciones de

los miembros que hacen parte de ella, en la cual los participantes dentro del ejercicio cartográfico, precisaron aquellas estrategias que apuntan a fortalecer la salud mental, mencionando actividades de tipo cultural, recreativo y social de gran relevancia para la población en general y que contribuyen a mejorar sus pensamientos y emociones, como procesos de resiliencia y afrontamiento comunitario dentro de contextos de violencia de diversas formas, ambientes hostiles que promueven la inseguridad, desconfianza, entre otros temores. Aun así, cabe resaltar la capacidad que tienen los miembros de la comunidad para sobreponerse a dichas situaciones, considerando de vital importancia en el desarrollo de manera individual y colectiva, frente a la capacidad para reponerse ante las adversidades y la capacidad de adaptación de la comunidad, considerándose de alguna u otra forma las modalidades de relación y vida colectiva.

Retomando lo anterior es de gran importancia señalar algunos conceptos citados por varios autores, los cuales son mencionados por la autora Montero, M. (2004), frente a lo que tiene que ver con comunidad y sentido de comunidad, en su libro introducción a la psicología comunitaria; con el fin de complementar las teorías expuestas por los autores mencionados en el estado del arte que ayudan fortalecer los conceptos tomados en las categorías o dimensiones de bienestar y desarrollo humano, argumentado que::

Puddifoot citado por Montero (2004), la identidad comunitaria está integrada por seis dimensiones las tres primeras de carácter "personal" y las tres siguientes de carácter "compartido". Son las siguientes: sentido de apoyo personal, sentido de contento personal, sentido de inclusión personal activa, sentido de activo de compromiso personal, sentido de vecindad y estabilidad percibida. (p.105).

Tabla 21. Síntesis comunidad E (Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario EPMSC –INPEC–, Villa Nueva, Cali-Valle)



Elementos Referenciados por la Comunidad	Elementos NO Referenciados Dentro de las Dimensiones de Bienestar y Desarrollo Humano
Problemáticas Sociales de Inseguridad y Delincuencia. Implementación de Hábitos de Vida Saludables.	Durante décadas la ciencia ha visto la necesidad de Servicios Públicos Satisfechos.
Actividades de Acompañamiento Jurídico.	Actividades de Bienestar y Talento Humano. Adquisición de Vivienda Propia.
Estrés Laboral Sedentarismo y Hacinamiento.	Estados de Ansiedad y Miedo Emergentes del COVID-19.
Adecuada Infraestructura. Entornos de Riesgo por Consumo de SPA.	Acceso a la Justicia. Organización Comunitaria.
Factores de Riesgo Relacionados con su Integridad Física, Emocional y Psicológica.	Aprovechamiento del Tiempo Libre en Actividades Culturales, Deportivas y Recreativas.
Dinámicas Familiares Estructuradas.	Estabilidad Laboral.
Celebración de Festividades Culturales y Religiosas.	Oportunidades Educativas. Respeto por los Valores y la Dignidad Humana.
Diversidad Multicultural..	Creación de Redes de Apoyo Comunitario.

Teniendo en cuenta el ejercicio realizado por la comunidad en la construcción de la cartografía social de la categoría de bienestar, realizada por los funcionarios del “Instituto Penitenciario y Carcelario INPEC Cali Valle” se logró efectuar un análisis importante en relación con los postulados teóricos de algunos autores frente a las diferentes categorías del Bienestar Humano, como lo son el Bienestar psicológico, subjetivo y social; en relación con la calidad de vida, desarrollo humano, factores protectores, afectaciones y malestar por experiencias negativas y la integración, auto aceptación y contribución social, en estrecha relación con los entornos laborales y su clima laboral interno. Por lo que estudiando estos aspectos dentro de la comunidad, mencionan elementos importantes como lo es las relaciones sociales, lugares de esparcimiento, recreación y festividades, centrados en el mejoramiento personal y comunitario; pero también en relación con el estilo y manera de afrontar las situaciones cotidianas y diferentes

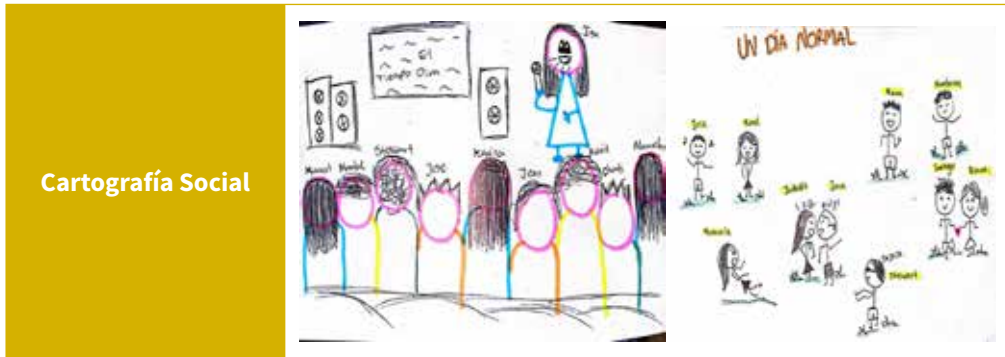
aspecto de la vida, en relación con una evaluación a nivel emocional y cognitivo como lo plantea el autor García (2002), citado por Manuel Hernández Hernández & Verónica Xiomara Martín Cabrera, refiriendo que:

Una persona que tenga más experiencias agradables a lo largo de su vida, es más probable que juzgue su vida como placentera, así mismo, las personas que hagan una valoración de su vida de una forma positiva, son las que tienen mayor Bienestar Subjetivo. De lo contrario, las personas que valoran su vida como negativa y perjudicial, son las más “desdichados”. (p.1).

Otro aspecto imperante que se debe resaltar dentro de la dimensión de bienestar dentro de esta comunidad “Instituto Penitenciario y Carcelario INPEC Cali Valle”; fue lo relacionado con algunas estrategias como: las actividades deportivas y de integración laboral, acciones que son gestionadas a través del área de talento humano a cargo del desarrollo del bienestar en el contexto laboral de los funcionarios de esta entidad pública; entre las cuales la comunidad menciona actividades relacionadas con zonas de descanso, en la parte espiritual, indicando la iglesia y actividades religiosas como un aspecto supremamente importante para ellos. Por lo que teniendo en cuenta lo antes citado y que el bienestar encierra elementos fundamentales como son la salud, la seguridad personal, ambiental, las buenas relaciones interpersonales y sociales, el buen clima laboral, dentro de las tres categorías del bienestar psicológico, subjetivo y social y la definición misma de lo que es la Auto eficacia, podemos mencionar los conceptos teóricos de los autores Denegri C., M., García J., C. & González R., N. (2015), quienes refirieron que:

Uno de los componentes fundamentales de los bienestar es la satisfacción personal con la vida. Esa satisfacción surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macro social, con sus elementos actuales e históricos, donde se incluyen las condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal. (p. 78).

Tabla 22. Síntesis comunidad F (Grupo Scout Jaguares 605, Palmira-Valle del Cauca)



Cartografía Social

Elementos Referenciados por la Comunidad	Elementos NO Referenciados Dentro de las Dimensiones de Bienestar y Desarrollo Humano
<p>Falta de Compromiso Individual.</p> <p>Falta de Apoyo y Acciones de Acompañamiento Psicosocial.</p> <p>Acceso a Medios de Comunicación.</p> <p>Generación de Espacios de Diálogo y Reflexión individual y colectiva.</p> <p>Fomento por los Valores Éticos, Morales y Cívicos.</p> <p>Expresión Libre de Pensamientos y Emociones.</p> <p>Incertidumbre Frente a su Proyecto de Vida.</p> <p>Falta de Apoyo de las Entidades Gubernamentales.</p>	<p>Desarrollo de Habilidades Físicas y Socioemocionales.</p> <p>Contacto Permanente con los recursos Naturales.</p> <p>Empoderamiento y Desarrollo Personal.</p> <p>Armonía y Sana Convivencia Familiar.</p> <p>Actividades Deportivas y Recreativas.</p> <p>Actividades de Celebración de Identidad Cultural.</p> <p>Necesidades de Índole Económico.</p> <p>Actividades de Integración Social.</p> <p>Fortalecimiento de Redes de Apoyo Comunitario.</p>

Fuente: elaboración propia.

Podemos mencionar dentro de lo analizado dentro de esta comunidad, que es trascendental resaltar el concepto de bienestar relacionado con variables como la felicidad, la salud mental y la calidad de vida; asociado a los niveles de desempeño académico. (Estrada, G. & Mamani, H. 2020).

Por lo que resulta muy importante y valioso precisar aspectos como las representaciones sociales, que emergen en relación a esa imagen que cada individuo tiene de su contexto, en este caso la comunidad de adolescentes que integrantes de Grupo Scouts Jaguajes 605; generado precisamente con el contacto que tiene con el mundo que lo rodea y como este influye significativamente en sus creencias, lenguaje, conductas y relaciones por hacer parte de un conglomerado social, donde precisamente la comunicación y el dialogo es una poderosa herramienta para expresar sus pensamientos y emociones frente a lo que les aqueja en la cotidianidad, lo que desean para sus proyectos de vida futuros, dentro de planteamientos respecto a lo comunitario y el sentido de la misma y la construcción de sujetos sociales.

Otro aspecto que se debe mencionar en este análisis es el que tiene que ver con el tema disciplinar y epistemológico de la psicología comunitaria, la cual tiene como objeto estudiar los factores psicosociales que permitan desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social. (Montero, M., 1984 p.390).

Así como definir el rol de los psicólogos comunitarios como el de un agente de cambio ligado a la detección de potencialidades (recursos, capacidades), al fortalecimiento y la puesta en práctica de las mismas y al cambio en los modos de interpretar, construir e influir sobre la realidad (Montero, 1982; Rivera-Medina, 1992; Serrano-García, López y Rivera- Medina, 1992).

Por consiguiente, es significativo mencionar que dentro del análisis cartográfico, es posible evidenciar la importancia de las técnicas de recolección de información y con las cuales el profesional del campo de la psicología desarrolla las acciones dentro del proceso de intervención psicosocial en la comunidad elegida; una ruta metodológica se enfoca en la siguientes técnicas e instrumentos: cartografía social, narrativas y grupos focales, las cuales permitieron el agenciamiento de procesos de empoderamiento con la comunidad estudiada.

Es así como estas técnicas le permitieron acercarse a la realidad estudiada a partir de los aportes realizados por la comunidad participante y en los cuales se evidenciaron procesos de potenciación, de acuerdo a lo planteado por los autores *Musitu, G. & Buelga, S., es definida por el cómo* Cornell Empowerment Group como:

Un proceso intencionado y progresivo que, centrado en la comunidad local, fundamentado sobre el respeto mutuo, la reflexión crítica, la ayuda natural y la participación en estructuras sociales de la comunidad, permite a aquellos que no comparten por igual los recursos, tener un acceso y un control sobre los recursos. (p.7).

En tal sentido, es trascendental reflexionar en torno a evidenciar los procesos de empoderamiento surgidos dentro de las dinámicas propias de cada comunidad, mediante la influencia mutua que se produce entre la persona y los sistemas ambientales en los que se desenvuelve; donde además fue posible crear una relación horizontal y recíproca entre el investigador y los participantes.

Resultados

Es fundamental resaltar dentro del siguiente proyecto de investigación la importancia y relevancia que tienen los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria, en este caso la Estrategia CASMCUNAD, dentro del contexto comunitario y como a través de las acciones psicosociales en la teoría y praxis de la psicología comunitaria, se pueden generar estrategias, planes y proyectos no solo de orden local y nacional encaminados al apoyo y acompañamiento psicosocial, que buscan no solo dar alcance a los objetivos planteados, sino principalmente generar un impacto significativo dentro de los diferentes territorios, teniendo en cuenta sus particularidades propias y sus dinámicas sociales; por lo que dentro de ese alcance y pertinencia de las nociones de bienestar y desarrollo humano se busca articular la Salud Mental, para de manera efectiva, eficaz y en garantía de unos derechos fundamentales como lo plantea la Ley 1616 de salud mental en Colombia, se dé respuesta de manera holística e integral y ética a las necesidades y problemáticas emergentes y reales de las comunidades.

En este sentido, es importante explicar que la salud mental de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2016), afirma que:

La salud mental se determina por factores sociales, psicológicos y biológicos. Es así como las presiones socioeconómicas constantes crean un riesgo para la salud mental de las personas y las comunidades. Indicadores de este riesgo son, por ejemplo, la pobreza y el bajo nivel educativo". Igualmente, relaciona "una mala salud mental con cambios sociales rápidos, discriminación de género, exclusión social, condiciones de trabajo estresantes, violencia, mala salud física y violaciones a los derechos humanos. (Gómez & Calderón, 2017, p. 194).

De acuerdo con lo anterior, es imperativo mencionar que el presente proyecto de investigación, se focalizó en identificar y priorizar las necesidades propias de cada una de las comunidades en salud mental; así como el análisis documental y cartográfico y la realización de unos mapas sociales como instrumentos metodológicos, contextualizado mediante técnicas e instrumentos de índole disciplinar que buscó la construcción y reconocimiento de los territorios, dando cuenta de la relevancia

que tiene el proceso de acompañamiento psicosocial, reconociendo la psicología comunitaria como disciplina y objeto de estudios desde un ámbito no solo individual sino colectivo en la importancia y pertinencia con la salud mental en relación con los bienestar y desarrollo humano, que busca precisamente la construcción del tejido social, el mejoramiento de la calidad de vida de cada uno de sus miembros que componen y hacen parte de una comunidad, teniendo en cuenta unos factores familiares, sociales, ambientales, educativos, económicos y culturales.

Es importante destacar dentro de todo este ejercicio investigativo dentro del registro e interpretación de esa realidad que plasman las concepciones comunitarias, dentro de un carácter participativo, pero a su vez articulado y tomando como referente los postulados teóricos de los autores elegidos para fundamentar epistemológica y conceptualmente el presente proyecto de investigación, mencionar aspectos relevantes como lo fueron: el dialogo, la escucha, la identidad y memoria histórica, que dentro de esas narrativas e historias de vida propias y particulares, consolida una red de apoyo, pero a su vez une esas comunidades dentro un territorio; estrategias que permiten fortalecer a las comunidades, desarrollar el conocimiento psicológico, subjetivo y social, dentro de esas categorías de bienestar que menciona precisamente los autores Blanco, A. & Rodríguez, J. (2007), en su libro *Intervención Psicosocial*.

Otro aspecto importante es que tiene que ver con la resignificación del otro, el romper paradigmas para desestructurar las miradas individuales, frente a ver el mundo desde una sola perspectiva, el funcionamiento del cuerpo en relación a unas respuestas científicas, yendo más allá en relación a la interpretación de fenómenos sociales que se encuentran dentro de los diferentes contextos, pero especialmente el comunitario; así como la forma de relacionarlos con resolución de conflictos, de vida en comunidad, autonomía, acudiendo a un sistema de creencias propias, pero que lleva a entender esa misma lógica de esos procesos salud-enfermedad, en la construcción de subjetividades, de diálogo de saberes populares e interculturalidad, que finalmente deben apuntar al derecho de humanizarse y reconocer al otro en su discurso y sus particulares como aspectos fundamentales en el enfoque de capacidades en relación al desarrollo humano, contratada con las aportaciones de los autores Amartya Sen y Martha Nussbaum, citados por Colmenarejo, R. (2016), el concepto de bienestar relacionado con variables como la felicidad, el dominio ambiental y crecimiento personal, la valoración y evaluación racional o cognitiva y emocional positiva o negativa en términos generales referidos por Estrada, G. & Mamani, H. (2020), que están estrechamente relacionados con la salud mental, la calidad de vida de forma individual, con la participación e implicación del sujeto mismo dentro de un contexto comunitario, como lo plantean los autores Manuel Hernández Hernández & Verónica Xiomara Martín Cabrera (2016) y Monteza, A. & Noboru, D. (2020).

La psicología comunitaria permitió dentro de sus prácticas y dinámicas psicosociales, el desarrollo de temáticas específicas que se abordaron en los diferentes contextos, articulados a unos procesos de transformación social, que buscaron como eje fundamental el empoderamiento de los actores involucrados en estas comunidades, como protagonistas y principal recurso en la identificación de ciertas categorías asociadas a aspectos negativos o problemáticas, relacionadas con factores de riesgo; pero a su vez visualizar también otros factores protectores o potencialidades y recursos positivos que permiten dinamizar espacios que posibiliten, rescaten y promuevan el cambio y reconfiguración del tejido social.

Para concluir, dentro de los resultados obtenidos en el desarrollo de la presente investigación, frente al análisis de contenido y cartografías sociales, no solo fue importante concentrarse dentro de los conceptos o categorías elegidas frente al alcance y pertinencia del bienestar y desarrollo humano en la salud mental a través del Centro de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD); sino como el ejercicio de la construcción de los mapas sociales, permitiendo dar cuenta de otros niveles y dimensiones de información, los cuales no se pueden desconocer, ya que forman parte fundamental para el abordaje de estas categorías, haciéndose imperativo retomar postulados teóricos que complementen las teorías frente a los fenómenos y representaciones sociales encontrados. Dentro de estas dimensiones podemos rescatar la resiliencia y afrontamiento comunitario, la construcción de redes sociales, el sentido de comunidad, la participación, el empoderamiento, el liderazgo, la mediación cultural, la interculturalidad, desarrollo personal, arraigo, territorio, construcción de subjetividades, autonomía emocional, resignificación, comunicación, dialogo, sentido de comunidad, narrativas, historias de vida, vulnerabilidad, transformación convivencia, responsabilidad social, organización comunitaria, costumbres, cultura, tiempo libre, dignidad humana, apoyo comunitario, integración social, fomento de valores, proyecto de vida, entre otras; que permiten correlacionarse o se asocian con la categoría de bienestar.

Conclusiones

Las dinámicas psicosociales que se entretajan en el contexto comunitario influyen en gran medida en los aspectos la evaluación racional o cognitiva y la emocional, que derivan de una valoración de la vida de forma negativa o positiva; afectando de esta manera la salud mental de sus integrantes, lo que hace que esto se vea reflejado en su calidad de vida y bienestar tanto psicológico, subjetivo como social.

El concepto de bienestar está estrechamente relacionado con la construcción de redes, sé que se encuentran relacionados con variables como la felicidad, la salud mental

y la calidad de vida; asociado a los niveles de cooperación, participación y liderazgo que emergen a través de los procesos de apoyo y acompañamiento psicosocial de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria como CASMCUNAD.

El desarrollo personal dentro del equilibrio biopsicosocial, juega un papel muy importante, puesto que conlleva a determinar la salud integral, abarcan no solo la parte individual sino social de todo ser humano; la cual depende en gran manera de su estilo y manera de afrontar los retos vitales, el esfuerzo y el afán por conseguir sus metas propuestas, así como en gran medida dependen de las condiciones en las que se desenvuelven los procesos comunitarios y estos ayudan a potencializarlos.

Es de gran relevancia mencionar que los saberes propios y prácticas culturales que se reconstruyen a través de las cartografías sociales, permitieron resignificar los territorios y valorar sus costumbres; generando con esto la expresión de sus narrativas y expresión de sus pensamientos y emociones, contribuyendo a sus bienestar como aspecto importante dentro de los procesos terapéuticos que se desarrollan en la salud mental comunitaria.

El trabajo comunitario como proceso organizativo, precisamente logró promover los proyectos de desarrollo social, valorando de manera positiva la comprensión de las subjetividades frente a la participación de los grupos, colectivos o redes sociales; que buscaban precisamente a través de su articulación, una apropiación de riquezas e ideales, donde se comparten intereses y objetivos comunes, que beneficien y promuevan el crecimiento con respecto a los cambios significativos, el despliegue de capacidades generadoras de bienestar como el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo y bienestar social, el mejoramiento de la calidad de vida para las comunidades y por consiguiente del desarrollo humano.

Se debe mencionar que el crecimiento y bienestar social, está relacionado y acoplado con los planes y programas a nivel gubernamental, articulado a los procesos y creación de las políticas públicas, que promuevan los derechos y responsabilidad del Estado, la sociedad y los ciudadanos en la toma de decisiones dentro de la participación, equidad, justicia social, solidaridad y autonomía de las comunidades, frente a la intervención y acompañamiento en los procesos individuales y colectivos; promoviendo redes de asistencia y apoyo mutuo, donde precisamente el desarrollo contenga unas dimensiones desde lo ético, epistemológico, ontológico y holístico, que aborden las necesidades sentidas, los recursos y características propias de la comunidad, de manera autónoma y eficaz, generando cambios significativos duraderos y sostenibles, a través de unas herramientas y técnicas de intervención que prueban el cumplimiento de los fines propios de la Política Social.

Finalmente, el cuidado de la salud mental ha tenido un proceso constante porque se orienta hacia un modelo médico vinculado hacia la prevención de enfermedades de trastornos mentales (Almonte C, García R., 2003) Teniendo en cuenta sus características sociales, económicas y epidemiológicas de su territorio; por lo que no se puede ver la salud mental comunitaria como sólo una intervención de salud individual si no el objetivo de todo un terreno. Las comunidades deben ser capacitadas para un proceso de autocontrol sobre su salud mental logrando mejorarla y de esa forma lograr llegar a un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe poder identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, y manejar o transformar su ambiente" (OMS, 1986, p.1).

Referencias

- Amalio Blanco & Darío Díaz (2005). El bienestar social: su concepto y medición. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Madrid España. *Psicothema* 2005. Vol. 17, nº 4, pp. 582-589. <http://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>
- Balcazar, F. (2003) Investigación acción participativa (IAP): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades*, vol. IV, núm. 7-8, 2003, pp. 59-77 Universidad Nacional de San Luis San Luis, Argentina. <https://www.redalyc.org/pdf/184/18400804.pdf>
- Blanco, Amalio. (2005). *El bienestar social: su concepto y medición Psicothema*, Universidad de Oviedo, Oviedo España. vol. 17, núm. 4, 2005, pp. 582-589. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72717407>
- Blanco, A. y Rodríguez, J. (2007). Intervención Psicosocial. Universidad Autónoma de Madrid, PERSON EDUCACIÓN, S.A. Madrid España, 2007, p.p. 1-612. https://www.academia.edu/11981316/Intervenci%C3%B3n_Psicosocial_Amalio_Blanco_Jes%C3%BAs_Rodr%C3%ADguez_Mar%C3%ADn
- Carrión, P.L. (2009). Enfoque histórico, hermenéutico y crítico, como modelo de investigación en la filosofía política. https://www.taringa.net/+apuntes_y_monografias/filosofia-politica-teoria-teoria-y-mas-teoria_13kaoq
- Castro, X. & Munevar, M. (2014). *¿Nuevo Panorama de la Salud Mental en Colombia?*, Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental y el capítulo de salud mental y convivencia social, del plan decenal de salud pública 201-2021. *Revista Electrónica*

de Psicología Social «Poiésis» ISSN 1692-0945 N° 27–Junio de 2014. Vol. (27), (p.1-7). https://www.academia.edu/8894970/_Nuevo_panorama_de_la_salud_mental_en_Cololombia

Colmenarejo, R. (2016). Enfoque de capacidades y sostenibilidad. Aportaciones de Amartya Sen y Martha Nussbaum. Ideas y Valores vol. 65(160), (pp.121-149). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5415126>

Cuenya, L., & Ruetti, E. (2010). Controversias epistemológicas y metodológicas entre el paradigma cualitativo y cuantitativo en psicología. *Revista colombiana de Psicología*, 19(2), 271-277. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/17795>

De la Cruz-Sánchez, E., Feu, S. & Vizquete-Carrizosa, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31-40. <http://roa.ult.edu.cu/bitstream/123456789/2088/1/Bienestar%20Psicologico...Salud%20Mental.pdf>

Denegri C., M., García J., C. & González R., N. (2015). Experiencia de bienestar subjetivo en adultos jóvenes profesionales chilenos. *Revista CES Psicología*, 8(1), 77-97. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539425006>

Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.

Escritos de Psicología, 2002, 6, 18-39. https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/el_bienestar_subjetivo.pdf

Estrada, G. & Mamani, H. (2020). *Bienestar psicológico y resiliencia en estudiantes de educación superior pedagógica*. Universidad Ricardo Palma y Universidad Tecnológica del Perú. Lima, Perú. \$SXQWHV8QLYHUVLWDULRV, 2021: 11(2), abril-junio ISSN: 2304-0335 DOI: <https://doi.org/10.17162/au.v11i2.634>

García, M. (2002). El Bienestar Subjetivo. Departamento de Psicología Social, Málaga España.

Gómez, M. & Calderón, P. (2017). Salud mental en el trabajo: entre el sufrimiento en el trabajo y la organización saludable. <https://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/871/1260>

Habegger Lardoeyt, S. A., & Mancila, I. (2018). Una propuesta alternativa de investigación socioeducativa: La cartografía social. <https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/15307/Cap%C3%ADtulo%2012%20.pdf?sequence=1>

- Hernández, M. & Martín, V. (2016). Tesis *Bienestar Subjetivo, Bienestar Psicológico y Significación Vital en Personas en Situación de Desempleo*. Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación Grado en Trabajo Social. Universidad de la Laguna. Julio 2016. Pág. 1-74. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3815/BIENESTAR%20SUBJETIVO,%20BIENESTAR%20PSICOLOGICO%20Y%20SIGNIFICACION%20VITAL%20EN%20PERSONAS%20EN%20SITUACION%20DE%20DESEMPLEO.p>
- Larban, J. (2010). El Modelo Comunitario de Atención a la Salud Mental “Contenido y Contenido” Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2010; 49. <https://www.sepyrna.com/documentos/articulos/modelo-comunitario-atencionsalud-mental.pdf>
- Lluch Canut, M. (2000). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Universitat de Barcelona. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42359/1/E_TESIS.pdf
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. 1º Edición. Buenos Aires. Argentina. Pág. 1-144. <https://catedralibremartinbaro.org/pdfs/libro-montero-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria.pdf>
- Monteza, A. & Noboru, D. (2020). Esquemas desadaptativos tempranos y bienestar psicológico en pacientes que acuden a consulta externa en una Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPRESS, Lima, 2020. Universidad Tecnológica del Perú, Revista de Investigación Apuntes Universitarios. Pág. 96-114. https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/4037/Daniel%20Noboru%20Yogue%20Takaesu_Segundo%20Alamiro%20Monteza%20Vasquez_Articulo_Apuntes%20Universitarios_spa_2021.pdf
- Moreno, G., Rojas, L., Fagua, A., Sanabria, H., Sanabria, M. & Rey, N. (2015). Subjetividades y territorialidades: una aproximación desde la cartografía social en el contexto colombiano. *Psicogente*, 18(33), 206-225. <http://doi.org/10.17081/psico.18.33.66>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f). *Preguntas más frecuentes*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. <https://www.comminit.com/la/content/carta-de-bangkok-para-la-promoci%C3%B3n-de-la-salud-en-un-mundo-globalizado>

- Rivera, Myriam, Velásquez Tesania & Morote, Roxanna (2014). Participación y fortalecimiento comunitario en un contexto post-terremoto en Chincha, Perú. <http://departamento.pucp.edu.pe/psicologia/wp-content/uploads/2015/04/Rivera-Velazquez-Morote-2014.pdf>
- Rodríguez, A. (2021). Proyecto enmarcado dentro de la Estrategia (CASMCUNAD) Centro de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. <https://es.scribd.com/document/481436828/DOCUMENTO-GUIA-FASE-1-CASMCUNAD-1>
- Rojas, B. (2020) OVI UNIDAD No 1. El Diagnóstico Participativo Comunitario. Maestría en Psicología Comunitaria. ECSAH. UNAD.
- Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med* 2018; 32(2): 129-140. <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>
- Vásquez, C. & Hervás, G. (2009). Bienestar Psicológico y Salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva, *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. 16 de noviembre de 2009. p.p. (15-28). https://www.academia.edu/22288891/Bienestar_psicol%C3%B3gico_y_salud_Aportaciones_desde_la_Psicolog%C3%ADa_Positiva

SEGUNDO EJE

DIÁLOGOS Y REFLEXIONES EN TORNO A LA INTERVENCIÓN Y EL ACOMPañAMIENTO PSICOSOCIAL





Capítulo 5

La intervención y el diseño de estrategias de intervención... más allá del simple intervenir



John Gregory Belalcázar Valencia⁸

⁸ Magíster en Estudios Sociales. Doctor en Psicología.
Correo: jgbelcazar@yahoo.com y john.belcazar@unad.edu.co

Instrucciones para subir una escalera

“Las escaleras se suben de frente, pues hacia atrás o de costado resultan particularmente incómodas. La actitud natural consiste en mantenerse de pie, los brazos colgando sin esfuerzo, la cabeza erguida, aunque no tanto que los ojos dejen de ver los peldaños inmediatamente superiores al que se pisa, y respirando lenta y regularmente. Para subir una escalera se comienza por levantar esa parte del cuerpo situada a la derecha abajo, envuelta casi siempre en cuero o gamuza, y que salvo excepciones cabe exactamente en el escalón.

Puesta en el primer peldaño dicha parte, que para abreviar llamaremos pie, se recoge la parte equivalente de la izquierda (también llamada pie, pero que no ha de confundirse con el pie antes citado), y llevándola a la altura del pie, se le hace seguir hasta colocarla en el segundo peldaño, con lo cual en éste descansará el pie, y en el primero descansará el pie. (Los primeros peldaños son siempre los más difíciles, hasta adquirir la coordinación necesaria. La coincidencia de nombre entre el pie y el pie hace difícil la explicación.

Cúidese especialmente de no levantar al mismo tiempo el pie y el pie). Llegando en esta forma al segundo peldaño, basta repetir alternadamente los movimientos hasta encontrarse con el final de la escalera. Se sale de ella fácilmente, con un ligero golpe de talón que la fija en su sitio, del que no se moverá hasta el momento del descenso”.

(Julio Cortázar, 1962. *Historias de cronopios y de famas*).

Resumen

En su libro *Extracto de historias de cronopios y de famas* Julio Cortázar (1962) nos expone la atención –si se quiere a modo de “sarcasmo”– de lo que significa un paso de reglas para subir una escalera. Seguramente Cortázar nos está invitando, a propósito de la manera como en su discurrir la cotidianidad se va naturalizando sin que hagamos reflexión de ello; así, el sentido es que desnaturalicemos, quizá, no lo que significa subir una escalera, sí el que podamos quedar atrapados entre reglas y normas que seguir e instrucciones que obedecer sin formar una conciencia vívida de lo que hacemos.

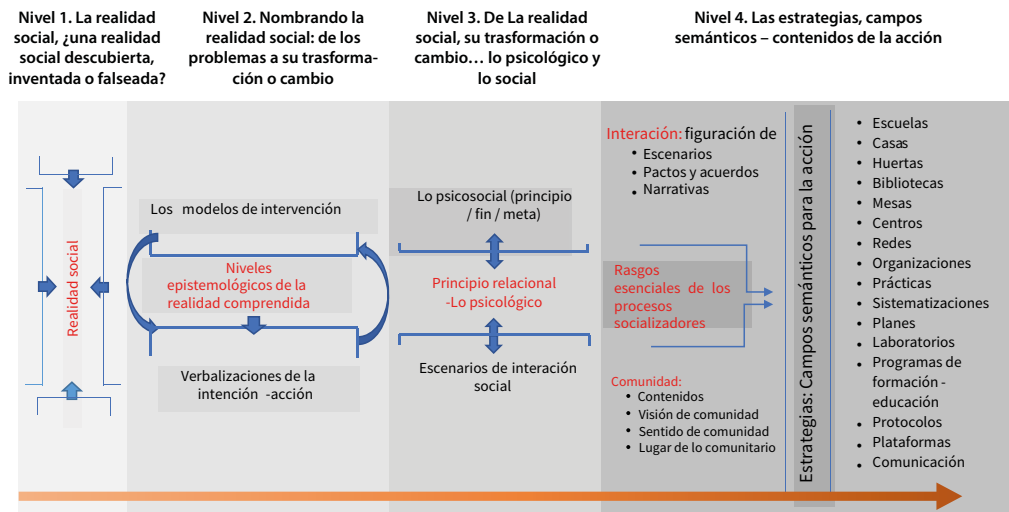
Al respecto, ¿qué tendría que ver esta reflexión con la intervención social y con ella, el diseño de estrategias de intervención? Quizá, como acto que es la intervención social, va más más allá del simple intervenir. Dentro de lo cual, posicionados como agentes de intervención actuemos sin tomar conciencia de la construcción de sentido que representa desplegar un conjunto de acción socialmente intencionada sobre una realidad social (para su transformación, construcción o reconstrucción, resignificación, etc.), pudiendo llegar a naturalizar el diseño de la misma intervención como si se tratase de un conjunto de pasos que debamos seguir, vinculados a un conjunto de instrucciones que debamos reconocer.

De ahí, la reflexión que se propone en el presente documento invita a que “veamos” la intervención social no en sus aspectos formales: el realizar un diagnóstico, el analizar los datos para proponer un tema de agenda que intervenir, a su vez, diseñar unos objetivos de los cuales se despliega un plan estratégico de actuación, y así sucesivamente. Más allá de ello, se trata de ir al “acto” mismo de la intervención a través del diseño de estrategias de intervención.

A propósito de la estrategia “Centros de escucha” que propone el programa CAMSCU-NAD, un programa que nace desde la maestría, establece una alianza con el programa de pregrado de Psicología, surge aquí un interés -y una oportunidad- por reflexionar sobre qué son y qué representan dentro de la discusión por la intervención y el acompañamiento las “estrategias de intervención” proponiendo un marco analítico para abordar la reflexión por los elementos que la componen (ver la figura 17) y que serán desarrollados en cuatro apartados: A. Contenido en lo que definimos como realidad social sobre la cual se concibe las estrategias con la pregunta: La realidad social, ¿una realidad social descubierta, inventada o falseada?; B. Contenido al nombrar los problemas como el nombrar las posibilidades de transformación social que se plantean con “las estrategias” desde una perspectiva relacional; C. Contenido psicológico y social movilizado por “las estrategias”; D. Reconocer “las estrategias”

en carácter y rasgo distintivo pensada en función de la comunidad⁹ objetivo. A partir de estas cuatro premisas se ordena el desarrollo del documento.

Figura 17. Niveles paso a paso del diseño de estrategias de intervención-acompañamiento psicossocial



Fuente: elaboración propia.

La realidad social, ¿una realidad social descubierta, inventada o falseada?

A la pregunta que se sugiere desde el subtítulo, empezar antes considerando si es la realidad, ¿cuantificada o cualificada?, ¿cuál de ambas?, ¿las dos en sentido relacional (antes que lógico)? o, quizás, sea en contraposición a la tendencia de caer en el dato inevitable de las tendencias (en frecuencia, índices o indicadores). Para Miller y Glassner (1998), citados por Wiesenfeld (2000): "La investigación no puede proveer el reflejo en espejo del mundo social al que aspiran los positivistas, sino proveer acceso a los significados que la gente atribuye a sus experiencias en el mundo social" (p. 3), para que ¿sea necesaria en acción descubrir, o ya el inventar (esa realidad)? O en última, ¿sea el

9 Se plantea aquí la idea de comunidad, considerando que la presente reflexión está ubicada en el marco de la psicología comunitaria, la cual expone el lugar de discusión: lo comunitario, el sentido de comunidad, el lugar de lo comunitario en el diseño de una estrategia de intervención.

recrear una imagen cualitativa de ese mundo? A modo de una construcción consciente de realidades.

El sentido más propio del mundo. A propósito de Wittgenstein

Y es que, antes de intentar responder estas preguntas, salte hay una que (no pretende ni desviar ni distraer lo que hasta el momento se expone, sí enriquecer el escenario de reflexiones al que aquí se apuntan) plantearía pensar si, ¿la dificultad de aprehender los problemas en términos sistémicos, hay ya una elaboración estereotipada (representación social preexistente o lo que se entiende como realidad de primer orden¹⁰) que emerge cuando se define lo que constituye esa realidad, entendida como problemática – o necesidad? El sentido sería aquello producto de la confrontación de la realidad con un cierto número de referencias es lo que nos orientaría en noción a pensar si, esa realidad ¿es una realidad que se describe - descubre, es una realidad que se inventa? Es pensar, por tanto: “Una realidad de segundo orden y es construida por medio de la atribución de sentido, de significado o valor a la realidad en cuestión de primer orden” (Watzlawick, 1992, p. 126). Para continuar como sentencia posible de considerar el que:

“La realidad de segundo orden que condiciona nuestra visión del mundo, nuestros pensamientos, sentimientos, decisiones y acciones es el resultado de un determinado orden en el que, por así decir, encontramos la diversidad caleidoscópica y fantasmagórica del mundo y que, por consiguiente, no es el resultado de la comprensión del mundo real, sino que construye en el sentido más propio un mundo totalmente idiosincrático.” (Watzlawick, 1992, p. 127)

Es esto en términos de Wittgenstein (1969) una realidad que es resultado de la comunicación.

De lo anterior, dos puntos para pensar: primero, el considerar que si “una organización existe en el lenguaje” (Suárez, 1999, p. 111), es en tanto tal, el plantear que es él y en el lenguaje que se debería fundamentar un marco de acercamiento y una aproximación a una realidad sociocultural o que se construye desde él. Se debería entender entonces el cómo sería desde y a través del lenguaje (diálogo) que es comprensible realizar una

10 “Según esto, se trata de un supuesto aparentemente natural de que hay una realidad real, es decir, objetiva, independiente del hombre” (Watzlawick, 1992, p. 126).

construcción de las realidades, que además de construir esa realidad, es darle significado. Otra idea sería el que si consideramos que “las organizaciones sociales se basan en conversaciones para la acción y conversaciones para crear posibilidades” (Flores y Chenut, citados por Suárez, 1999, p. 113). Estaríamos con esto enunciando que, es a partir de la generación de diálogos-conversación el punto de partida que permitiría concretar dinámicas de relación e interacción social en los que el encuentro, la reunión y el intercambio adquieren una dimensión más abarcadora y estructurante en términos de lo que se entendería por posibilidades. De esa acción que se busca dinamizar cuando desde una intervención-acompañamiento psicosocial se plantea desde la generación de cambios discusivos.

La realidad, campo de realidades... a propósito de Schutz

Para seguir con el tema, se plantearía que, como demanda debemos tener la necesidad y hallarnos a su vez en la dificultad de realizar un cambio de las maneras de pensar y de actuar frente a lo que entendemos como realidad existente, o aquello que constituye y define la realidad de un sujeto, grupo o comunidad particular. Esto para comprender que quizá este punto signifique un primer aspecto complejo con el que nos encontremos, cuando se aborda el tema de la intervención-acompañamiento, y necesariamente es porque representa esa realidad objetiva (o subjetivada) que se constituye objeto de atención-intención (buenas razones) de las acciones que orientan un pensamiento y un ejercicio de intervención-acompañamiento.

Pensar un intervenir-acompañar es pensar actuar sobre ciertos fenómenos que se hallan comprendidos en un campo de realidades¹¹ que para definirlos como problemas dentro del marco de una realidad social (lo que llamamos realidad o una construcción de sentido del mundo) implica reconocer que:

“Los problemas públicos no existen por sí mismos como meros fenómenos objetivos, sino que son contruidos por actores que se mueven en distintos escenarios, intercambiando y confrontando discursos que se sustentan en marcos interpretativos variados.” (Araujo, 2000, p. 133)

11 La noción de realidad es un concepto que se encuentra en contraste discusión y elaboración, lo que para el presente documento constituirían las bases que plantean autores como Schutz, Berger y Luhmann.

Pero no se trataría de un juego intelectual o filosófico, es una realidad en la que está la posibilidad de la diferencia¹² emerge evidente, pero a su vez, una realidad que no es (dada por sí), si una realidad que se define (dándose) desde el sentido que le otorga el sujeto, grupos y comunidades y que acontecen en dicha realidad. Lo fundamental es que ese sentido es compartido y nace siempre como resultado de la relación entre sujetos y objetos y entre sujetos y sujetos (entendiendo esa relación como múltiples dimensiones ya de orden social, cultural, económico, político, etc.). Lo que indicaría que: “Tales atribuciones de sentido, sin embargo, no son el reflejo de verdades que existen objetivamente, por así decir, platónicas, de las que ciertas personas son más conscientes que otras, sino que en general solo son concebidas dentro de un contexto determinado” (Watzlawick, 1992, p. 125).

La realidad, una visión compartida de mundo... a propósito de Gergen

Una realidad con sentido es un juego de interacciones y relaciones que se ponen en juego y evidencia en múltiples perspectivas de tiempo y espacio social, como tal, la realidad. Resultaría múltiples realidades que se recrean y se inventan, se cruzan y se conjugan, se articulan en un instante, se niegan en otro, todo devenido de una dinámica de encuentros y desencuentros de sujetos y comunidades, grupos, sujetos, que se describen en subjetividades e intersubjetividades en las que se ponen su ánimo.

“Sin embargo, esta base es insuficiente si no va acompañada de esfuerzos estratégicos deliberados para construir una nueva visión compartida del mundo, con la convicción de que al actuar colectivamente con otros y otras es posible superar el problema. De esta manera se legitima y motiva la acción colectiva en torno a una experiencia o situación social considerada inaceptable.” (Araujo, 2000, p. 133)

Lo que invitaría a pensar en términos de un conocimiento que se constituye y emerge contextualizado, referenciado, un conocimiento situado. Gergen (1998) considera el discurso sobre el mundo no como una reflexión o mapa del mundo, sino un dispositivo de intercambio social: si es así, valdría pensar entonces el rol activo que juega la dinámica social y el intercambio a partir de lo que representa movilizar una “estrategia de intervención” (sean para la prevención, la promoción, la mitigación, etc.) para plantear un despliegue de escenarios de actuación sobre los cuales esa “realidad problematizada” emerge como una construcción social.

12 Aristóteles sentenciaba: considerar “la posibilidad de ser diferentes”.

En esa perspectiva, Gergen (2007) a partir de su idea del construccionismo social referencia cuatro lineamientos que son fundamentales reconocer:

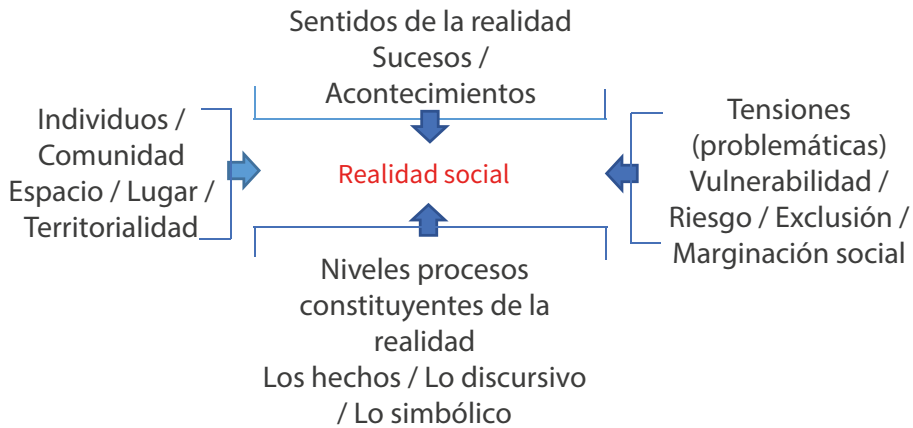
1. Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, como pensaba el positivismo, sino que está determinado por la cultura, la historia o el contexto social.
2. Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza, sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación.
3. El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc.).
4. Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales, y al formar así parte de varios modelos sociales sirven para sostener y apoyar ciertos modelos excluyendo otros. Alterar descripciones y explicaciones significa amenazar ciertas acciones e invitar a otras.

Estos lineamientos distinguen el contexto en su carácter histórico y cultural desde y sobre el cual la realidad social emerge como proceso relacional (antes que el individuo o lo colectivo), son las relaciones. Aquí, al mencionar los modelos constituyen para Gergen, los marcos de sentido.

Síntesis: lo que definimos como realidad social

Significadas esas tres perspectivas (Wittgenstein, 1969; Schutz, 1991; Gergen, 2007) se plantea el siguiente esquema analítico para la comprensión de lo que supone la idea de realidad social (Figura 18) en el principio de comprender que es una estrategia de intervención.

Figura 18. La realidad social, una construcción



Fuente: elaboración propia.

Lo que podemos observar con la figura 18 son los sentidos de realidad, construida (Wittgenstein, 1969) por medio de la atribución de sentido, de significado o valor, a su vez, comprendiendo (Schutz, 1991) que los problemas públicos no existen por sí mismos, sino que son el producto de la construcción de los actores, y que esta construcción pasa por una visión que es compartida del mundo (Gergen, 2007), se legitima desde la propia experiencia. Veríamos entonces cómo definir desde allí lo que sería un problema social (conjunto de tensiones entre dinámicas y procesos de distinto orden) dirán de esos niveles constituyentes de la realidad (los hechos, lo discursivo y lo simbólico). Constituyen la pista analítica para interpretar de la realidad social analizada, la emergencia de situaciones de vulnerabilidad social, exclusión social¹³, riesgo social y marginación social¹⁴. Conceptos¹⁵ a partir de los cuales –pensado esto para el caso de proponer una intervención social– representa una comprensión de esas situaciones en términos de fenómenos sociales que impactan las relaciones sociales mismas, las posibilidades de movilidad, de posicionamiento, de afirmación para sujetos, grupos, colectivos o comunidades.

13 Sobre este tema de la exclusión social sugiero el texto: "Dimensiones de la exclusión psicosocial. Elementos para la teoría, la intervención y la investigación" de Rodríguez (2021).

14 Sobre este tema de la marginación social sugiero el texto: "Psicología de la marginación social. Conceptos, ámbitos y actuaciones" de Moreno (2021).

15 Para el estudio y la comprensión de estos conceptos sugiero la exploración de la Biblioteca de la CEPAL.

Nombrando la realidad social: de los problemas a su transformación o cambio. Con palabras y con actos, nos insertamos en el mundo

“Con palabras y con actos nos insertamos en el mundo humano” dice Arent (1974). Esta idea presentada como sentencia marcaría una pauta para comprender los puntos de partida desde donde se intenta poner en discusión y reflexionar el tema que aquí interesa: establecer una idea que comprensivamente posibilite entender y dimensionar cómo adentrarse en una realidad social (individual o colectiva) desde los planteamientos de una intervención-acompañamiento de orden psicosocial. En ello son los acuerdos, traducidos como actos sociales en los que se involucran elaboraciones de orden simbólico comprendedores de múltiples realidades socioculturales donde las palabras y cada acto de los individuos y sus comunidades acercan.

En ello la transformación de la realidad orientada desde la “estrategia de intervención” emerge la idea de cambio de la realidad que, “encerrada” en una palabra, esta además de indicar el sentido del cambio, estas palabras orientadoras señalan un propósito y sentido de la realidad pensada, en ese conjunto de palabras¹⁶, tales como:

Tabla 23. Verbalizaciones para la acción

<ul style="list-style-type: none"> • Transformar • Significar • Resignificar • Desarrollar • Afrontar • Potenciar • Producir • Atender 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar • Mejorar • Orientar • Fortalecer • Emprender • Generar • Reconocer • Construir • Movilizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear • Promover • Formar • Integrar • Dialogar • Vincular • Atender • Apostar • Rehabilitar
--	---	--

Constituyen “verbalizaciones” del sentido de cambio de la realidad, como tal, en su alcance de sentido engloba una intención / acción de cambio. Así, cada verbalización delinea un horizonte de sentido de la realidad y de las mismas comunidades en función a

16 El listado de palabras que a continuación se presentan ha sido tomado a partir del reconocimiento de la diversidad de estrategias diseñadas por estudiantes de la Maestría de Psicología Comunitaria de la UNAD.

una “idea”, como tal, cada palabra nombra una realidad en visión de “tiempo-acontecer”, es decir, cada una de estas palabras¹⁷ orientada desde una estrategia que la propone, no solo se estaría fijando un sentido del cambio, se está expresando un devenir de la realidad “imaginada”, “pensada” o quizá “deseada”.

Si se piensa en todas esas palabras en términos de intención-acción, obligadamente debemos puntualizar un punto de partida sobre cuál distinguir el objeto de cada palabra que nombra, que representa: acaso la traducción de la realidad en términos de lógicas relaciones y dinámicas interaccionales desplegadas, y sobre las cuales señalar el planteamiento de una intervención social. De ahí, cada una de estas palabras ya señaladas (verbalizaciones de la intención-acción) se definen como niveles epistemológicos de la realidad: indicativas de la idea de cambio y del sentido orientador de la estrategia, esto, dado que tiene distinta naturaleza epistemológica. En ese sentido, la heterogeneidad epistemológica que se encuentra conformada por la contraposición entre ellas en atención al tipo de procesos sociales que se pueden movilizar con una u otra verbalización exige e impone necesariamente (también en principio) un proceso autocrítico de los modelos de representación y análisis de la realidad social conformada por los criterios epistemológicos de pertinencia, validez e inferencia al momento de elegir el modelo de intervención.

Síntesis, nombrar las posibilidades de transformación social

Así, podemos generalizar –en cuanto dualidad estructural y epistemológica básica de estas palabras– el conjunto de los procesos sociales (lógicas relacionales y dinámicas interaccionales) que se conciben, piensan, proyectan a través de la estrategia de intervención. Como tal, es cuando se empieza por reconocer de qué manera los procesos que emergen en el campo social afectan tanto a los actores como la diversidad de fenómenos que se pueden desencadenar en múltiples perspectivas (de orden social, cultural, económico, ambiental, político, etc.) sobre el propio escenario social y que terminaría siendo el objetivo mismo de la intervención, sea esta orientada a la prevención, el acompañamiento, la promoción, etc.

17 Es importante indicar que el listado podría integrar otras palabras, además de las expuestas. La idea aquí es reconocer el sentido de estas palabras como lugar, y no el discutir el alcance de sentido que puede representar cada palabra en sí. La discusión de las mismas representa otra discusión necesaria.

Figura 19. Intención – Acciones de transformación o cambio de la realidad social



Fuente: elaboración propia.

Frente a la pretensión de una estrategia, esta estará demarcada por la cuestión teórica y la pertinencia metodológica de cualquier modelo concreto de intervención, como una cuestión, ante todo, de especificación del lugar epistemológico desde el que se posiciona el agente social y la comunidad misma. Una especificación de los niveles de realidad dirá de la pertinencia del modelo o modelos¹⁸ de intervención. En síntesis, no se tratará de un gusto por el modelo, sí de la pertinencia, validez e inferencia del modelo (o modelos) mismo.

18 Como se planteó con las palabras, de igual modo, aquí se hará mención de los modelos de intervención y sus orientaciones paradigmáticas. No se hace una discusión de los modelos y el alcance de sentido que implica su orientación paradigmática, precisando que la reflexión está centrada en la comprensión de lo que son las estrategias de intervención.

De la realidad social, su transformación o cambio... lo psicológico y lo social

Las interacciones

“No es exagerado afirmar que la cultura clásica de Tlön comprende una sola disciplina: la psicología. Las otras están subordinadas a ella. He dicho que los hombres de ese planeta conciben el universo como una serie de procesos mentales, que no se desenvuelven en el espacio sino de modo sucesivo en el tiempo. Spinoza atribuye a su nagotable divinidad los atributos de la extensión y del pensamiento; nadie comprendería en Tlön la yuxtaposición del primero (que sólo es típico de ciertos estados) y del segundo -que es un sinónimo...”.

(Borges, 1999, p. 24).

Imaginar un mundo donde solo la psicología sería la única disciplina, solo podría estar en una mente como la de Borges (1999), en una dimensión de ficciones concebir un mundo producto de la imaginación donde se comprende una sola disciplina: la psicología, “y las otras estar subordinadas a ella” (p. 24). Un mundo así, supone una única dirección e interpretación de sentido que reduce la comprensión de la realidad misma un monólogo que se agotaría en sí mismo.

Si bien, no partimos de la premisa de la subordinación de la psicología a las otras disciplinas, o lo contrario. Sí debe llamarnos la atención porque desde el título de este apartado se habla de lo psicológico y lo social de una realidad social (que además la pensamos objetivo de transformación o cambio). Ese llamado de atención parte de pensar tanto lo que nos inicia Borges, pero lo que ya desde el inicio de este documento nos interpelaba Julio Cortázar con sus instrucciones para subir una escalera: con Borges, quizá nos dice de la necesidad de abrir horizontes de comprensión que no terminan por reducir la realidad a lo psicosocial como premisa que “atrapa o encierra” a la realidad misma, y Cortázar, nos esté diciendo de la necesidad permanente de desnaturalizar nuestros actos, procurando “escapar” de la normalización de actos atrapado entre “etapas, secuencias y procesos”.

Estos decires señalados desde Borges y Cortázar nos invitan a reflexionar qué es aquello psicológico de/en una realidad social. Quizá, lo psicológico en/de lo social de una realidad particular –marcada como principio lectura– parte de la comprensión de *las interacciones* (Fernández - Cristlied, 1994, 70), señalando que son las experiencias y las

vivencias de una comunidad en y con su propia realidad los marcos de sentido para comprender aquello que “circula, fluye y se moviliza” siendo *las relaciones* (las lógicas relacionales) y las *dinámicas de interacción*¹⁹ (formas y modos de reunión, de encuentro, de intercambios y de afirmaciones y posicionamientos) los que digan y expresen. A partir de ello, ¿por qué las relaciones sociales?, ¿por qué asumirlas como un problema de indagación para precisar de ella aspectos epistemológicos, incluso ontológicos y claro está, de orden metodológico que justifique la pertinencia de profundizar en cuestiones sobre un tema que parece naturalizado al considerar que las relaciones sociales son algo dado, que siempre están allí?

Las relaciones sociales, el punto de indagación por lo social

Hacer de la relación social un proyecto que empieza como ejercicio que pretende trascender la individualidad (su individuación) particular del ser del sujeto hasta la comprensión analítica que sitúa en las relaciones sociales el locus de conocimiento, hace posible explorar una preocupación precedente por establecer una primacía analítica de la relación en relación con el individuo. Tarde (1961) indica cómo se debía tratar la unión de los individuos: “La relación entre las personas es el elemento único y necesario de la vida social” (p. 37). De tal manera que serían esos lazos invisibles el tema a indagar. En esa misma perspectiva, Simmel (2003) se refiere a esos hilos invisibles “que atan y desatan a los individuos entre sí”, afirmando que “la socialización entre los seres humanos se desconecta y se vuelve a conectar siempre de nuevo como un constante fluir y pulsar que conecta a los individuos, incluso allí donde no emerge una organización propiamente dicha” (p. 16).

En el mismo punto de vista, Gergen (2007) desarrolla toda una idea en torno a la noción del *self-relacional*; analiza cómo las ciencias sociales (y entre ellas la psicología social) han centrado demasiado la mirada en el individuo e invitado a realizar un giro en “*el locus de conocimiento*” que implica una mirada del individuo por la relación. En ese marco Serres (2004) igualmente viene a plantear ese giro del individuo hacia la relación indicando fundamentalmente cómo es en las relaciones sociales donde emergen los objetos, los seres y los actos, “nunca lo contrario”, hasta considerar con Latour (2001) la mirada simétrica que reconoce en los agregados (con los humanos y los cuasi-hu-

19 Se plantea un modelo interaccionista de mutua dependencia: “Las interacciones son episodios de la realización de la sociedad y solo son posibles con base en la certeza de que la comunicación social se llevó a cabo antes de iniciarse el episodio... en consecuencia la interacción, por estar liberada de la necesidad de ser social, realiza a la sociedad” (Luhman, 1984, p. 364).

manos) a lo social como algo que debe ser construido, y la premisa que debería entrar a tomar aspectos como la agencia y los procesos de cambio de las relaciones sociales.

Si consideramos esta forma de acercamientos y modos señalando las relaciones como punto fundante, podríamos pensar entonces la intervención (psicosocial²⁰) desde lo que dice Zemelman (2007), al considerar:

“La capacidad de significar como modo de romper con los campos de significaciones, que nos atrapan con el tiempo, se relaciona con el dilema de someterse o no a las exigencias del orden, ya sea para transformarse en un reflejo de este, o bien para organizar un espacio autónomo desde donde re-actuar. Espacio que resulta de las posibilidades de dinamizarse de una específica organización de parámetros que cumplen socialmente la función de ajuste con el orden imperante.” (p. 103)

Se traduce esto en términos de pensar que debe representar la intervención como acción que tenga la capacidad de significar, que oriente desde una movilización y acción conjunta (de apuestas en común) conducentes *construir / deconstruir* estructuras y paradigmas (prácticas socioculturales) de una realidad que envuelve y significa dinámicas y relaciones sociales, en las que lo relacional se ha naturalizado.

Ya para transformarse o para organizarse, en lo que terminaría por representar las implicaciones de lo que es la intervención a través de una estrategia: es volver al acto evidente de construir esa distancia para posibilitar que la acción movilizada socialmente represente un verdadero:

“Desafío (consistente) en una lectura epistémica de las dinámicas psicológicas que cumplen la función de hacer efectivo o de inhibir la potenciación; por eso, cabe distinguir entre la pertenencia de los mecanismos psicológicos para hacer operativa la potenciación de lo potenciable y, de otra parte, mostrar lo que es potenciable por el sujeto.” (Zemelman, 2007, p. 103)

Centro y eje de la intervención (en tanto objetivo como actor que la piensa y moviliza también).

20 En la discusión por lo psicosocial, se indica igualmente que este no es el objeto de reflexión del presente documento. Los elementos que aparecen en la figura 19 son aportes pertinentes que he retomado del artículo (el cual sugiero sea leído para ampliar y comprender el contexto de la reflexión de donde emergen estos planteamientos aquí retomados): “Los usos tautológicos de lo psicosocial en los procesos de intervención en Colombia” de Vásquez y Molina (2018).

Síntesis: contenido psicológico y social

Cerrar diciendo intencionalmente que “a este respecto, debemos asumir que tenemos que trabajar con categorías que trasciendan los límites de la causalidad, en razón de que la realidad exceda la lógica de las determinaciones” (Zemelman, 2007, p. 104), de lo que es, pero además significa el intervenir, y esto pasa: por pensar en primer orden aquello que justifique o sustente la razón de una intervención, es que hayan problemas sociales (entendidos como temas coyunturales), esto como mínimo, o en segunda idea, es que la realidad, es una realidad de sentido significada y construida donde la dimensión de la intervención parte de la noción de una realidad sociocultural que en su dimensión se construye y reconstruir, significar y resignificar entendida como procesos que deben movilizarse y seguirse movilizándolo desde la acción de un sujeto o colectivo emergente que se reconoce a sí mismo como sujetos sociales, en tanto particularizan los modos de mirar su futuro, comprender su presente y analizar su pasado desde el sí mismos.

Se indica una ruta pensable y es:

“La cuestión de lo potenciable se vincula con aspectos psicológicos tales como la interiorización de lo social y el yo soy que no se agota en la socialización, planteado por Vigotsky. O los espacios que comprometen el plano de la acción y el de la subjetividad, o el desarrollo con ayuda de la sociedad del que hablaba Bruner. Pero, también, con la capacidad de sueños impulsivos que Gurmendez relaciona con la naturaleza del sujeto revolucionario. Están además las posibilidades que promete el papel del inconsciente según Green, que se vive y se piensa sin saber para qué. Y que se proyecta en la cuestión de la articulación entre los distintos modos de pensar, lo científico y lo no científico, que es la base de la orquestación entre lenguajes, por consiguiente, el fundamento de la capacidad de significar.”
(Zemelman, 2007, pp. 104-105)



Figura 20. El principio relacional: lo psicológico y lo social



Fuente: elaboración propia.

Dimensionar tanto el tema de la intervención como la dimensión misma de lo que representa y significa el tema de lo psicológico cruzado con lo social, supone considerar desde aquí, que quizá:

“La intervención psicosocial puede entenderse como una serie de acciones o influencias –sean estas planificadas o no planificadas– dirigidas a problemas que se manifiestan dentro de los sistemas y procesos sociales y que inciden en el bienestar psicológico y social de los individuos y grupos sociales y cuyos objetivos incluyen la resolución de problemas o el desarrollo psicosocial, mediante la utilización de estrategias situadas en diferentes niveles (adaptado de A. Sánchez Vidal, 1991).”
(Krause, 2022, p. 42)

Esos niveles de realidad²¹ (sociales, culturales, políticos, económicos, etc.).

Las estrategias, campos semánticos – contenidos de la acción

Nivel objetivo y subjetivo de la estrategia

Delineadas las diferentes dimensiones de la realidad social, la estrategia como marco de actuación se presenta bajo la idea de realidad concreta para el sujeto social para el grupo o para la comunidad objetivo. Este sentido de lo concreto constituye la estrategia y el despliegue de un campo semántico de acción que lo definen dos niveles de realidad: un nivel de las construcciones de sentido común referido a elementos subjetivos e intersubjetivos desde donde se origina el sentido de realidad, y otro nivel que explicita el carácter de esa realidad en su dimensión espacio temporal, donde lo espacial será visto como lugar y como escenario, y la temporal signada como suceso, como acontecimiento narrado, ambos en referencia al sentido objetivo de la realidad vívida que otorga cada sujeto social.

Ahora bien, reconocida esa realidad en sus dos niveles suponen lo social como una elaboración que se temporaliza y se significa continuamente desde las múltiples interacciones sociales que tejen una urdimbre de relaciones sociales con sentido que acogen los discursos y las mismas elaboraciones simbólicas posibilitadas como contenido por las acciones mismas. Estos dos niveles solo adquieren sentido con la interacción social:

“La relación social constituye una totalidad en sí misma, que produce nuevos caracteres que transforman al individuo en su estructura mental. Existe entonces una continuidad desde la interacción entre dos individuos hasta la totalidad constituida por el conjunto; en definitiva, la totalidad así concebida consiste, al parecer no en una suma de individuos y de una realidad superpuesta a los individuos, si no en un sistema de interacciones que modifica a estos últimos en su estructura misma.”
(Piaget, 1950, p. 174)

21 El listado de palabras que se presentan en la figura 20 han sido tomadas a partir del reconocimiento de la diversidad de estrategias diseñadas por estudiantes de la Maestría de Psicología Comunitaria de la UNAD. Exponen un universo de posibilidades de lo que definiríamos como niveles de realidad. Se exponen a modo de ejemplo, reconociendo que podrían ser muchas las palabras que podrían ser incluidas en este listado.

En paso sucesivo a través de diversas realidades espacio temporales que le significan dándole un orden y sentido. Por ello es preciso y necesario reconocer un orden vertical dentro de la realidad del sujeto psicológico visto en su dimensión social que le envuelve en una realidad con sentido significativo en el cual se reconoce sujeto ubicado. Participando de la realidad social que es multivariada y compleja entretejida en múltiples redes relacionales, expresión propia del cúmulo social de su entorno vital y que le es posible apropiar gracias a ese orden de realidades significativas que son para el comprensibles. Visto esto como un campo semántico en su totalidad:

“Esta distinción enmarcada de un campo semántico que podríamos llamar zona de intimidad, aquí aparece el mundo... con una abundante colección de significados que me son accesibles permanentemente para ordenar mi experiencia social... La suma de objetivaciones lingüísticas que corresponden a mi ocupación constituye otro campo semántico que ordena significativamente todos los sucesos rutinarios que se me presentan en mi tarea diaria, dentro de los campos semánticos así formados se posibilita la objetivación, retención y acumulación de la experiencia biográfica e histórica.” (Luckmann y Berger, 1968, p. 60)

Ese campo semántico se define dentro de una dimensión espacial que Lewin (1978) reconoció como teoría del campo o espacio vital. Se trata de una realidad dentro de la cual el sujeto es reconocido por sus dinámicas de relación, es decir, visto su comportamiento desde las dinámicas de interacción entre la persona y su ambiente. Si ese espacio vital del sujeto se define desde la dinámica comunicativa, de los procesos sociales mismos, es posible por tanto determinar que los hechos psicológicos mismos del sujeto ubicado en dicha realidad sean particularizados de acuerdo con su dinámica de relación y al tipo de procesos de interacción social que el determine con el otro, indicando ello que las conductas son propias al lugar cotidiano, son estas expresión del lugar o, en otras palabras, la conducta es lugar y ese lugar social es la conducta misma.

Como escenarios conductuales definen la realidad vital cotidiana a cada sujeto que se ubica en ellos:

“El campo vital psicológico no es algo en lo que está el sujeto, sino una construcción afectiva en cada momento y, por tanto, fruto de una actividad psíquica en tanto que ser social. Es preciso en esto recordar que la formación del yo es un proceso sociopsicológico.” (Sandoval, 1995, p. 85)

Vista esta realidad de signos que se entretajan en un continuo cotidiano de relaciones sociales se concibe esta como una atmósfera cotidiana que se constituye a partir de la elaboración de significados propios de la acción discursiva de cada sujeto. Esta atmósfera define la realidad del ambiente social dentro del cual el sujeto encuentra todo comprensible y con sentido públicamente admitido. Es decir, objetivado y reconocido como parte del allí que facilitan la interacción social y definen la intencionalidad de la misma. A lo que se refería Wallom (1997) cuando planteaba que toda “adquisición de costumbres tiende a reducir la influencia de las situaciones externas a las de simples signos” (p. 70).

El carácter individual / colectivo / comunitario

Así, la preocupación por la comprensión del sujeto / colectivo / comunidad no se limita a una simple descripción de los rasgos formales del ambiente social, se desea reconocer las conexiones que tienen los sujetos desde lo psicosocial con dicho contexto, desde la particularidad de sus esquemas elaborando las imágenes y representaciones de su realidad cotidiana. En ese sentido, ver cómo significa y le otorga sentido de lugar e idea del espacio social, pero además fundamenta su identidad como un sujeto ubicado.

Así, desde una psicología social que mira la experiencia social (relaciones e interacciones sociales) se parte de los acontecimientos y los discursos cotidianos, hacia una estructuración organizada de dicha experiencia, sus percepciones, juzgamientos, influencias sociales que la llevan a la categoría simbólica comprensible dentro de un imaginario y marco de representaciones sociales compartidas y diariamente significadas. Por tanto, el fin último de una estrategia de intervención es un campo semántico que le es propio y particular a su realidad psicosocial, donde actúa e interactúa con otros. De ahí que se dará en este trabajo una particular atención al campo, al contexto, el reconocimiento del universo social del sujeto como acontecimiento.

La particularidad central de estas interacciones sociales ancladas a un lugar social particular a cada sujeto es que se hallan inscritas y ancladas a la particularidad cotidiana del escenario social mismo, cotidianas en el sentido de ser una realidad ordenada y objetivada con un sentido que ya ha sido de por sí anclado al lugar, a los objetos y a la dinámica discursiva misma de los actores que las significa, para el sujeto social este es su universo social:

“La realidad de la vida cotidiana se organiza alrededor del aquí de mi cuerpo y el ahora de mi presente... En este mundo de actividad mi conciencia está dominada

por el motivo pragmático, o sea que mi atención a este mundo está determinada principalmente por lo que hago, lo que ya he hecho o pienso hacer en él... además, se me presenta como un mundo intersubjetivo, un mundo que comparto con otros.”
(Luckmann y Berger, 1968, pp. 39-40)

Esa atención a lo cotidiano ha pautado una procuración en la psicología social hace largo tiempo intensamente trabajado por Pichon Riviere (1985), que orientó un conocimiento del comportamiento del hombre particularizando su vida cotidiana. Vista esta como una realidad en la cual el hombre la interpreta como su mundo, que le es coherente y entendible, objetivado por este para actuar y comunicarse socialmente. Y a propósito de Fernández, (1994, 70), lo valora como la experiencia desde la sociedad, las interacciones (psíquicas): “La psicología ha encarado desde la experiencia individual, propone la experiencia desde la sociedad por lo menos desde el punto de vista de la comunicación en cuanto esencial para el orden social”.

Sería en atención a las estrategias pensadas como campos semánticos, una psicología de los procesos intrapsíquicos donde la social y las relaciones sociales señalan ese punto de partida: “Es que lo psíquico está afuera” (Fernández), marcado por las acciones grupales mediadas simbólicamente. Con ello estaríamos ante una psicología de procesos y acciones que implican la circulación de lo psicológico. Aquí la interacción es la situación-posición (acción) mediada bajo el diseño de estrategias.

Síntesis: “las estrategias” en carácter y rasgo distintivo

Por ello el sujeto social / el colectivo / la comunidad ubicados en un escenario social cotidiano nos acerca a la complejidad de las redes sociales en las cuales sus actitudes y comportamientos se nos hacen comprensibles y adquieren sentido. De otra forma serán dinámicas abstraídas de sus contextos particulares, no siendo ancladas a la realidad del universo social que las significa.



Figura 21. Las estrategias, campos semánticos para la acción



Fuente: elaboración propia.

En esa cotidianidad representada a través de las estrategias las situaciones relacionales se nos presentan particularmente temporalizadas y relacionadas a un lugar de situaciones, que pueden ser distinguidas como casas, escuelas, mesas, redes, centros, organizaciones, prácticas, planes, laboratorios, programas, protocolos, plataformas o comunicaciones. Todas ellas movilizadoras de visiones, cosmovisiones que la soportan y la elevan a una dimensión social comprensible y legible como realidad, ya no solo de un individuo, sino del colectivo en general que la comparte. De igual manera, participa en su construcción y permanente significación, emerge lo que reconocemos como los tres rasgos esenciales de una estrategia.

Conclusión

Lo que se ha expuesto en esos cuatro niveles de discusión tiene el objetivo de reconciliar el discurso sobre lo comunitario (la visión de comunidad, el sentido de comunidad y lugar de lo comunitario) con la planificación de intervenciones y acompañamientos (diseño de acciones) y la interacción social (la figuración de escenarios sociales, de pactos y acuerdos y de narrativas socio/comunitarias). Supone asumir que la integración de estas tres dimensiones hace posible e incluso es deseable el adoptar estrategias de sentir, de pensar y de actuar que den –antes que respuestas– a necesidades o inquietudes sentidos de lectura colectiva y comunitaria en pro de saberes con criterios de intencionalidad, a resolver no solo como reflexión, sino también como *praxis* en torno a maximizar quiénes somos y dónde estamos, como para minimizar las resistencias, dificultades e incertidumbres. De allí, frente a lo que representa hablar de una intervención y acompañamiento social: trascender el carácter planificado, operativo y pragmático (casi que un diseño de actividades y aplicación de técnicas) por una idea de acción situada fundada –desde una perspectiva relacional– en un carácter dialógico, circunstancial a la vida comunitaria (en sus aspiraciones, sus expectativas, sus valores, sus saberes propios) que la signan.

Referencias

- Arango, C. (2006). *Psicología comunitaria de la convivencia*. Universidad del Valle.
- Araujo, K., Kathya-Mauro, A. y Guzmán, V. (2000). *El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas*. CEPAL.
- Arent, H. (1974). *La condición humana*. Paidós.
- Carvalleda, A. (2002). *La intervención en lo social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Paidós Ibérica.
- Fernández – Cristlied, P. (1994). *La psicología colectiva un fin de siglo más tarde: Su disciplina, su conocimiento, su realidad*. Anthropos.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica*. Universidad de los Andes.

- Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Gedisa.
- Lewin, K. (1978). *La teoría del campo en las ciencias sociales*. Paidós.
- Luckmann, N. y Berger, P. (2005). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores.
- Montero, M. (2005). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Paidós.
- Montero, M. (2007). *Introducción a la psicología social*. Paidós.
- Miller, J. y Glassner, B. (1998). The “Inside” and the “Outside”. Finding realities in interviews. D. Silverman (ed.). *Qualitative research: theory, method and practice* (pp.99-112). Sage.
- Pichon – Riviere, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Sandoval, H. (1995). *Psicología social, geografía humana*. UNAD.
- Schutz, A. (1991) *Formación de conceptos y teoría de las ciencias sociales*. En Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Mardones, J.M. Antropos editores, Bogotá.
- Serres, M. (2004). *El contrato natural. Pre-textos*. Valencia España.
- Simmel G. (2003). *Cuestiones fundamentales de sociología*. Gedisa.
- Suárez, H. (1999). *Hilos, redes y madejas*. UNAD.
- Tarde, G. (1961). *Estudios sociológicos. Las leyes sociales de la sociología*. Ediciones Assandri.
- Wallon, H. (1997). *La evolución psicológica del niño*. UNAD.
- Watzlawick. P. (1992). *La coleta del barón de Munchhausen*. Editorial Herder.
- Wiesenfeld, E. (2000). Entre la prescripción y la acción: La brecha entre la teoría y la práctica en las investigaciones cualitativas. *Revista Forum*, 1(2).

Capítulo 6

De la intervención al acompañamiento psicosocial: reflexiones desde el enfoque psicosocial



Ana Lucía Sánchez²²

María Catalina Echeverri Londoño²³

Jonny Alexander Cruz Bolaños²⁴

22 Psicóloga. Especialista en Desarrollo Comunitario. Magíster en Psicología.
Correo: ana.sanchezv@campusucc.edu.co

23 Psicóloga. Magíster en Sociología.
Correo: maria.echeverril@campusucc.edu.co

24 Psicólogo. Magíster en Psicología. Doctorando en Investigación Arte y Educación,
Universidad de Castilla. Profesor de la Universidad Cooperativa de Colombia.
Correo: cruzjonnyalexander@gmail.com

Introducción

El interaccionismo simbólico, la sociología del conocimiento y la fenomenología promovieron el surgimiento de un enfoque psicosocial al proponer el concepto de la intersubjetividad, es decir, la creación e intercambio de significados y al reconocer el papel que tiene el sujeto en la construcción de la realidad (Fernández, 1987). Posteriormente la psicología social como crítica, especialmente en la década de los años 70 del siglo XX, centró su preocupación en el “alcance, los límites y las condiciones de posibilidad de nuestra disciplina” (Iñiguez, 2003, p.222). En este momento se criticó fuertemente el pretendido objetivismo y control de los procesos sociales de la ciencia moderna y las limitaciones de la psicología individual para abordar los problemas sociales y comunitarios.

En este contexto se visibilizaron otras formas de hacer, en oposición a la corriente dominante de la psicología como ciencia positiva. Se hizo énfasis en la transformación, la emancipación y el cambio, desde el análisis y la solución de problemas sociales. Igualmente, los cambios políticos –transformaciones legislativas– y los sociales –movimientos ciudadanos– promovieron otras comprensiones de la salud mental y la vincularon a procesos comunitarios e históricos en los que se inscriben las comunidades. Estos cambios propiciaron el cuestionamiento de posturas teórico-metodológicas de la psicología individual, a la vez permitieron la creación de modelos interdisciplinarios desde perspectivas más amplias e integradoras que ofrecieron caminos para la reflexión de la relación individuo, grupo y sociedad (Cálad, Sarria y Gallego, 2019).

La perspectiva psicosocial en la disciplina ha sido un camino para analizar la complejidad de la realidad y las implicaciones que tiene trabajar los problemas de salud mental por fuera de los modelos clínicos tradicionales. Esta perspectiva ha llevado al desarrollo de procedimientos y herramientas que abordan no solo al individuo, sino también a grupos y comunidades desde el reconocimiento de las relaciones e interacciones a nivel social, político y económico que les configuran y otorgan sentido a las experiencias vitales.

En este sentido, se propone discutir el enfoque psicosocial como un nuevo escenario para vincular la vida comunitaria en la comprensión de la salud mental. En primer lugar, se reflexiona sobre qué es el enfoque psicosocial y lo que implica para el rol del psicólogo y su quehacer. En segundo lugar, se aborda la intervención, haciendo especial énfasis en la necesidad de trascender la visión tradicional y avanzar a visiones críticas sobre el quehacer comunitario. Para esto, se propone el concepto de “acompañamiento psicosocial” como alternativa para comprender las acciones en comunidad que resultan acordes con dichas reflexiones críticas. De esta manera, se busca atender problemáticas que afectan el orden estructural de la sociedad y repercuten en las relaciones cotidianas,

lo que las hace más frágiles, y avanzar en la construcción de una sociedad más justa e igualitaria, asumiendo nuevos retos y responsabilidades (Quintal de Freitas, 2008).

El enfoque psicosocial, una apuesta crítica en psicología: aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos

Lo psicosocial es un campo de estudio interdisciplinario que se nutre de aportes de la psicología, la sociología, la antropología, la filosofía y otras disciplinas afines. Se trata de una perspectiva que busca comprender las complejas relaciones entre lo individual y lo colectivo, y se aplica a diferentes ámbitos, como la salud mental, la educación, el trabajo social, entre otros.

El enfoque psicosocial surge en un contexto de cambio social y de lucha por los derechos civiles, la igualdad de género, la diversidad cultural y otros movimientos sociales que cuestionaban las desigualdades sociales y las estructuras de poder. Además, busca comprender la complejidad de la experiencia humana y de las relaciones entre los procesos psicológicos y sociales. En otras palabras, es una respuesta crítica al reduccionismo individualista de algunas corrientes de la psicología, que entendían la experiencia humana como un fenómeno aislado de su contexto social y cultural. En este sentido, el enfoque psicosocial es una apuesta crítica en psicología porque busca desnaturalizar las desigualdades sociales, cuestionar las estructuras de poder y promover la transformación social. Para ello, se apoya en una perspectiva crítica y reflexiva que cuestiona las representaciones dominantes y promueve la construcción de nuevos marcos de referencia que favorezcan la inclusión, la diversidad y la justicia social.

Diversos autores en el campo de la sociología y la psicología social identifican dos maneras de entender la relación individuo-sociedad, una perspectiva dual y una perspectiva integradora (Vásquez, 2014). La perspectiva dual asume que existe una dicotomía entre el individuo y la sociedad, y que estos dos elementos se influyen mutuamente de manera separada. Desde esta perspectiva, se estudian las relaciones e interacciones del individuo y la sociedad como una relación causa y efecto (Fernández-Christlieb, 2009). Esta visión dual plantea una relación de tensión entre los aspectos psicológicos y sociales-estructurales. Por tanto, se piensa que la intervención que se denomina psicosocial hace un proceso de mediación entre las personas y la sociedad; y al intervenir en una esfera se crean efectos en la otra. En la intervención se hace énfasis en los aspectos estructurales, pues se considera que desde allí se configuran las problemáticas sociales,

para luego poder abordar los aspectos de orden individual. En este caso, lo psicosocial “es un proceso de reasignación de recursos en la que se considera tanto a la comunidad, como al equipo de trabajo y a los usuarios como un recurso” (Vásquez, 2014, p. 28).

La perspectiva integradora o visión unificadora de lo psicosocial, por el contrario, sostiene que la relación individuo-sociedad es una relación de interdependencia, en la que el individuo y la sociedad se construyen mutuamente y apuesta por trascender dicha visión dual, haciendo énfasis en los procesos más que en los productos sociales, donde el significado es construido en la relación con las personas a través del discurso y el lenguaje, y a partir de este se construye y define la realidad (Vásquez, 2014). Desde esta visión, la realidad no es ni psicológica, ni social, sino un movimiento, un espacio conjugado donde todo está al mismo tiempo (Fernández-Christlieb, 2009). En este sentido, el pensamiento psicosocial no se refiere a la experiencia intrasubjetiva o el comportamiento del individuo, ni a la dimensión global o general de la sociedad, sino a lo que ocurre entre el individuo y la sociedad, es decir, la interacción social.

De acuerdo con estas perspectivas, a partir de este momento, optamos por una visión procesual de lo psicosocial, al reconocer que las prácticas sociales se circunscriben a contextos históricos, sociales y políticos concretos; que el contexto es resultado de una multiplicidad de procesos, acciones y elementos y que “los procesos sociales son temporales y portadores de la historia que los ha constituido” (Iñiguez-Rueda, 1999, p. 498). Por tanto, se establece una centralidad en los discursos y las prácticas culturales para la comprensión de las experiencias. Desde esta perspectiva, lo psicosocial se define como un enfoque, una epistemología y una forma de comprender lo humano, que deriva en unos métodos particulares, donde lo relacional y lo vincular, lo contextual y la interacción son fundamentales (Arango, 2020; Villa, 2012, 2016; Frosh, 2013; González-Rey, 2003; Díaz y Moncayo, 2015; Fernández-Christlieb, 1994). Asumir lo psicosocial como un enfoque desde la filosofía de la ciencia hace necesario delimitar su dimensión ontológica, epistemológica, metodológica y ético-política.

La visión ontológica reconoce que el ser humano es un sujeto en relación y co-construcción con otros, donde es preciso abordar elementos históricos, políticos y sociales para su comprensión. Desde esta perspectiva, se entiende que la realidad social es una construcción histórica que puede ser transformada y es fundamental reconocer la ideología imperante en esa realidad y develarla (Martín-Baró, 1983). En este ámbito, para definir el objeto psicosocial es importante considerar tres aspectos claves. En primer lugar, se debe dar mayor importancia a lo simbólico y al significado, entendiendo que cualquier sociedad humana es ante todo un tejido y un proceso intrínsecamente simbólicos (Iñiguez-Rueda, 1999). En segundo lugar, se debe tener en cuenta que los procesos son más importantes que los productos, ya que el ser social no es un ser “ya

hecho”, sino que es un “ser en el hacer” que se reproduce y transforma constantemente, permaneciendo abierto a lo que aún no ha sido (Iñiguez-Rueda, 1999). Por último, se debe enfocar la atención en los procesos relacionales que se establecen, ya que la realidad puede ser transformada a través de ellos.

En términos epistemológicos, es fundamental que el acompañante no sea “ajeno” o “extraño” a aquellos a quienes acompaña, ya que no puede adoptar una posición de conocimiento pleno y objetivo. Él mismo forma parte de la realidad que busca comprender y explicar, y por lo tanto debe entenderla desde su propia experiencia y desde los marcos de sentido socioculturales que comparte con las personas a las que acompaña. Esto implica establecer una relación “sujeto-sujeto” en la que se reconoce la importancia del saber de las personas como constructores de su propia realidad y del conocimiento que tienen sobre ella.

Desde una perspectiva integradora en el enfoque psicosocial, se busca una sensibilidad contextual que permita comprender la cosmovisión de las personas, sus narrativas, las tramas semióticas en los contextos específicos donde habitan, su relación con otros actores, los imaginarios compartidos y propios, así como las formas particulares de sus prácticas culturales. (Iñiguez-Rueda, 1999, p. 498).

“La visión de lo psicosocial como procesual, está en oposición a los supuestos empiristas y naturalistas que permanecen ampliamente vigentes en el seno de la comunidad científica. Entiendo el término “empirismo” en su sentido amplio, es decir, en un sentido que engloba, además del empirismo clásico, tanto el positivismo como el neopositivismo. Asimismo, entiendo por “naturalismo” tanto la creencia de que los presupuestos “objetivistas” y los métodos observacionales propios de las ciencias naturales clásicas valen también para las ciencias sociales, como la tendencia a “naturalizar” los fenómenos sociales, es decir, a reificarlos y a “deshistorizarlos”. (Ibáñez, 1987, p. 49)

La postura ontológica y epistemológica descrita tiene implicaciones metodológicas en el ámbito de la investigación y el acompañamiento, que sugieren adoptar una actitud de apertura y flexibilidad. Desde esta lógica, se propone la combinación de distintas estrategias e instrumentos metodológicos, para obtener una comprensión más completa de los fenómenos estudiados. Esto permite valorar la perspectiva de las personas y comprender las experiencias desde su propia perspectiva. Asimismo, se fomenta la colaboración interdisciplinaria, lo que permite abordar problemáticas complejas desde múltiples perspectivas y enriquecer el proceso de investigación.

Es importante destacar que cada objeto de estudio es único y se debe buscar la mejor forma de abordarlo y conocerlo (Briones, 2010). En este sentido, los objetos o fenómenos a conocer son complejos y construidos, por lo que es necesario buscar métodos que aborden y comprendan dicha complejidad, prestando especial atención al contexto en el que se desarrollan las experiencias, considerando los aspectos históricos, políticos, económicos, sociales y culturales que influyen en las mismas. Por esta razón, para comprender la realidad, es fundamental abordarla y acompañarla en diferentes niveles: individual/subjetivo; familiar/colectivo; social/público-histórico.

En resumen, lo psicosocial no es únicamente un ámbito de acción, sino también un enfoque, una perspectiva y una forma específica de entender los fenómenos que nos afectan como seres humanos. Es una dimensión fundamental para comprender los procesos sociales y culturales, y requiere de un acercamiento crítico y reflexivo que permita entender las dinámicas sociales y las relaciones de poder que impactan en la vida diaria de las personas. Es a través de este enfoque que se ha logrado reconocer la relevancia de las relaciones e interacciones sociales, políticas y económicas que influyen en la salud mental de las personas.

Implicaciones de asumir un enfoque psicosocial: en el rol del psicólogo, en la investigación y en la comunidad

Adoptar un enfoque psicosocial tiene implicaciones importantes en el rol de los psicólogos(as) y otros profesionales que investigan y acompañan a las personas y a las comunidades. En primer lugar, es fundamental comprender que la subjetividad humana no puede entenderse de forma aislada, sino que está intrínsecamente ligada a los contextos sociales y culturales en los que se desenvuelve. Es esencial entender que lo psicosocial es una manera de “interpretar, conocer y transformar la realidad social y cultural” (Arango, 2020, p. 1). Esto resulta fundamental para comprender la complejidad de la experiencia humana y su relación con el entorno social y cultural en el que se desarrolla. Por lo tanto, para comprender una situación o resolver un problema, es necesario acceder a los significados que las personas tienen de las experiencias vividas, ya que sus actitudes, valores y creencias influyen en las relaciones sociales y en la construcción de la realidad social.

De manera que el enfoque psicosocial es una perspectiva clave para entender la complejidad de la experiencia humana y su relación con el contexto social y cultural.

Para comprender y transformar la realidad social y cultural, es necesario considerar la interrelación entre los procesos psicológicos y sociales, y acceder a los significados que las personas otorgan a sus experiencias vividas.

En segundo lugar, asumir un enfoque psicosocial es promover una mirada sociohistórica a las realidades humanas y sus relaciones sociales (Martín-Baró, 1983; Vygotsky, 1989²; Freire, 1971, 1972; Fals-Borda, 1978, 2006). Una postura que intenta abordar, comprender y aprehender ese elemento que hace bisagra entre lo social-cultural-estructural y el individuo, esa “acción humana en cuanto ideológica”, formada y formadora –y, porque no, deformadora– de realidades (Martín-Baró, 1983). Una visión psicosocial que trasciende lo disciplinar, supera lo pragmático y se avoca hacia la participación de las personas, comunidades y territorios, otorgando un reconocimiento a las formas propias de las personas y comunidades; pues son ellas las que construyen sus realidades, reafirmado su capacidad de agencia.

El enfoque psicosocial implica una relación diferente a lo que tradicionalmente ha sido el rol del psicólogo o profesional de las ciencias humanas inmerso en el estudio o intervención de los fenómenos sociales. El profesional que asume un enfoque psicosocial elige volcar su mirada, comprensión y acción al lugar de interacción entre individuo y sociedad, pues reconoce que tanto el sujeto como la colectividad están en construcción permanente. Es decir, el conocimiento se localiza en la relación, por lo tanto, cada situación y caso son diferentes. La interacción se da en un “enjambre” entre el individuo y sociedad-estructura, en muchas ocasiones las relaciones se establecen desde la incertidumbre, rupturas, exclusiones, relaciones de poder y dominación y violación de los derechos políticos y humanos. Reconocer estas situaciones como la realidad de los contextos sociales evita la idealización de las comunidades y también es orientar la acción a agenciar procesos de reconstrucción del tejido social y los lazos de solidaridad.

De modo que el profesional es un actor que reconoce la existencia de múltiples niveles de afectación, y la capacidad de agencia con la que cuentan las personas y comunidades. Por lo tanto, debe generar una dinámica vincular, como marco de contención para restablecer relaciones; de modo que las personas y comunidades tomen el control de sus vidas, pero desde lo colectivo. Los equipos psicosociales y los programas son transitorios, en este sentido, la búsqueda es por proponer dinámicas relacionales que queden en manos de la comunidad a partir de sus propios potenciales y capacidades locales.

En tercer lugar, debe ser un profesional que apuesta por un enfoque de acción trans e interdisciplinar, e invita a un acompañamiento sinérgico y complejo en diferentes niveles: intersubjetivo, interpersonal, sociopolítico e histórico-cultural. También, hace una

apuesta por la acción sin daño y el enfoque del conocimiento situado, como opciones éticas y políticas de la acción social que reconoce los derechos humanos y el derecho internacional humanitario como aquellos elementos límites que rigen los enfoques éticos y pragmáticos de intervención.

En cuanto a los métodos de trabajo, el enfoque psicosocial implica una comprensión integral de las situaciones y la utilización de herramientas específicas para el análisis y la intervención en diferentes ámbitos y escenarios. En este sentido, el trabajo profesional debe estar orientado a la promoción del bienestar y la calidad de vida de las personas y comunidades, y buscar la transformación social y la superación de las desigualdades.

Y, finalmente, debe ser un profesional que opte siempre por un “enfoque diferencial”. Esta perspectiva identifica las características que comparten las personas con el fin de potenciar las acciones diferenciales que materializan el goce efectivo de sus derechos. De igual forma, define la diversidad como el punto de partida para la implementación de las políticas públicas, comprendiendo y visibilizando las dinámicas de discriminación y exclusión social, de tal forma que desde ahí se establezcan acciones para la transformación desde la equidad y reconoce la existencia de grupos poblacionales que, por sus condiciones y características étnicas, trascurrir vital, género, orientaciones sexuales e identidades de género, discapacidad o por ser víctimas del conflicto armado, son más vulnerables y requieren un abordaje ajustado a sus necesidades y particularidades para disminuir así situaciones de inequidad que dificultan el goce efectivo de sus derechos fundamentales.

Así pues, asumir un enfoque psicosocial implica un rol para el psicólogo, para las personas, comunidades y organizaciones. También supone una posición particular que se caracteriza por el papel activo, donde las comunidades no son sujetos, sino agentes de su transformación, que tienen saberes claves, que participan de modo horizontal en todos los momentos de investigación y procesos de intervención: en el establecimiento de objetivos y problematización, en el desarrollo de instrumentos y aplicación de las intervenciones, así como en su evaluación. Las comunidades tienen un papel activo y transformador, los procesos coloniales que han actuado sobre ellas pueden haber generado actitudes de alienación en muchas ocasiones, como se analizará en los próximos apartados. Sin embargo, como lo plantea Foucault (1979), donde hay poder hay resistencia y nadie está alienado totalmente, reconocer los saberes ancestrales y relacionamientos, las prácticas cotidianas, es actuar en coherencia con una perspectiva transdisciplinar, que amplíe el espectro de acción para la búsqueda de soluciones reales a problemáticas sociales estructurales, lo cual es el objetivo central del trabajo comunitario.

Trascender el concepto de intervención

Ahora bien, la intervención social es una acción asociada casi de manera natural al quehacer de los profesionales que trabajan en comunidad. Blanco y Varela (2007) la definen como el conjunto de acciones que buscan la transformación de las condiciones que son consideradas problemáticas, indignas, no deseables, etc. Por lo tanto, ha estado presente a lo largo de la historia humana; incluso en las épocas en las que la transformación de dichas condiciones parecía escapar de la voluntad de las personas. De manera particular, en la Edad Media el universo era considerado estático e inmutable; sin embargo, el deseo de cambio estaba presente en el pensamiento, solo que era proyectado a una instancia metafísica al asignarla a la voluntad divina.

Lo anterior no impedía que las instituciones que sostenían el sistema de organización social medieval permitieran la gestión de las problemáticas para las poblaciones, así que los “Estados medievales” asumían las acciones para administrar como mediadores en la búsqueda de los cambios. En el caso de la Edad Media, se priorizaba la salvación de las almas muchas veces sobre otras situaciones urgentes que amenazaban la vida terrenal, la cual resultaba pasajera e insignificante comparada con la posibilidad de la vida eterna, fuera en el cielo o en el infierno. La Iglesia y sus representantes se encargaron de la administración y mediación entre Dios y los hombres, para que estos accedieran a la vida eterna, a la vez que gobernaban los comportamientos y aspectos de la vida cotidiana de las personas por medio de la religión, los valores y moral inherentes a las creencias religiosas, operando a través de rituales como la confesión, el adoctrinamiento, el control por medios no coercitivos, pero también por medios violentos, como fue el caso de la implementación de la “Santa Inquisición” principalmente en la manera como fue aplicada durante la colonia en América.

Los Estados medievales expandieron a través de procesos civilizatorios y militares la ideología religiosa y su cultura con estrategias como la evangelización de las poblaciones, que siempre iba acompañada de sendas acciones militares de conquista. Posteriormente, en la colonia de Europa en América, la evangelización constituyó un modelo de intervención sobre los nativos americanos. Como señala Cruz (2012), durante la colonia la Iglesia Católica estableció instituciones que atendían necesidades básicas de las poblaciones indígenas, quienes sufrían los embates de la “conquista”, por medio de acciones “filantrópicas”, pero también por procesos de evangelización que eran aplicados desde la visión del colonizador, a modo de acciones humanitarias y el cumplimiento del mandato divino de “la salvación de las almas” por medio de la cristianización. Sin embargo, para las poblaciones colonizadas significó la homogenización social, la gestión de la diferencia y la eliminación de la cultura sometida y su reemplazo por la imposición de la cultura del colonizador.

Estas prácticas de intervención van a constituir la base de lo que sería posteriormente la intervención social moderna: procesos de homogenización cultural que se consolidan por medio de estrategias de eliminación, marginalización y exclusión, materializadas por instituciones que históricamente se han encargado de operar acciones como la evangelización, la educación, la militarización, la democratización, etc. (Cruz, 2013). Estas prácticas aplicadas a las poblaciones sometidas tenían como propósito evitar el conflicto, y resultaron mucho más efectivas que la espada: las comunidades indígenas fueron sometidas bajo un proceso de disciplinamiento (Foucault, 1979) o por lo que desde el grupo Modernidad/Colonialidad se nombra como “el entramado colonial” (Castro-Gómez, 1993), que constituye una suerte de esfera que contiene todos los intereses encontrados de la sociedad, encarnado en Estados que formulan metas colectivas hacia las cuales se mueve toda la sociedad, considerando dichas metas como razón y fin de la existencia misma.

El modelo colonial de gestión de las comunidades no desapareció con la llegada de la Modernidad, por el contrario, la intervención social moderna heredó el mecanismo y mutó por un proceso de secularización de las instituciones que desarrollaban las acciones de intervención social, conservando la misma lógica de intervenir sobre las problemáticas que el mismo sistema causaba, pero en la mayoría de los casos sin transformar las causas de las problemáticas. Este cambio de época, a pesar de su carácter revolucionario que encarnó en los ideales de la Ilustración el paso de un mundo basado en el pensamiento dogmático, para dar paso a la razón como lo determinante y definitorio de lo humano, no eliminó del todo las instituciones de poder, sino que generó la mutación de estas o constituyó nuevas instituciones modernas que asumirían los oficios de control social, tales como las escuelas, hospicios, cárceles, hospitales, etc., que como lo señala Foucault (2003), conservan el mismo mecanismo de poder para el disciplinamiento de las poblaciones.

La idea de cambio y la misma determinación de etapas progresivas en la historia humana son producto de la modernidad, la cual ha descrito el transcurrir del tiempo como un proceso de desarrollo lineal y progresivo, donde cada etapa sociohistórica parece ser superada por la emergente. Esto genera una sensación de avance en lo humano, de modo que la modernidad es creada como un lugar deseado al cual se ha llegado como producto de la emancipación humana. Esta idea es evidencia del éxito de centralizar la razón y administrarla por medio de las instituciones del nuevo Estado moderno, lo cual es la base del racionalismo, el eurocentrismo y, en general, del colonialismo.

El análisis cuidadoso del paso hacia la modernidad permite identificar que el patrón de gestión de la diferencia y la homogenización social siguen presentes en nuevas formas de operar y en instituciones renovadas. Aunque difieren a nivel ideológico, al

pasar del dogma y la fe hacia la objetividad y el método científico, estas nuevas formas de operar conservan el objetivo de contribuir en el sostenimiento del sistema social. Operan desde estrategias diversas encarnadas en acciones como educar, disciplinar, incluir, resocializar, capacitar, empoderar, rehabilitar, etc. Estas acciones son la base del quehacer de las intervenciones sociales modernas para hacer frente a las problemáticas sociales que el mismo sistema causa. Sin embargo, estas intervenciones parecen insuficientes para cambiar las causas que producen dichas problemáticas, y en muchas ocasiones generan condiciones de vida para las comunidades intervenidas que parecen atender las necesidades de las poblaciones, pero que en realidad solo administran o invierten recursos para la evitación del sufrimiento y atención a problemáticas de distinto tipo. Parece que entre más intervención social se ofrece, mayor resulta la demanda de atención, y que las problemáticas sociales cohabitan en una relación simbiótica con la intervención social.

En consecuencia, la intervención en su ontogénesis está vinculada a procesos coloniales. Las acciones para el sostenimiento del sistema son sutiles y pasan desapercibidas tanto para las poblaciones sobre las que se intervine como para los agentes que llevan a cabo las intervenciones. Esto no significa que haya una intención de hacer daño por parte de los profesionales interventores, sino que la afectación a las comunidades aparece de modo iatrogénica vinculada a la cotidianidad, como maneras de hacer las cosas sobre las cuales no hay mayor reflexión, ya que se consideran “la forma natural de hacer”. Castro (2009) nombra esta actitud como “colonialidad del Ser”, que constituye el “entramado colonial”; un conjunto de relaciones que producen una forma de existencia que se ajustan a los proyectos de modernización operado por acciones de intervención social verticales (Cruz, 2012).

Esta reflexión sobre el efecto de la intervención social ha sido tema de discusión principalmente en los enfoques críticos. El estudio de fenómenos como el asistencialismo social han evidenciado la relación colonial que subyace a las prácticas proteccionistas hacia las comunidades intervenidas (Cruz, 2017). La manera vertical en la que se establece la intervención social y el mantenimiento de una postura hegemónica por parte de las instituciones y profesionales que ejercen la intervención, ocasiona la invisibilización de las comunidades al otorgarles un lugar pasivo, como receptores y no como agentes de los cambios que consideran necesarios.

Propuestas críticas como las surgidas por el grupo Modernidad/Colonialidad advierten sobre las tendencias del pensamiento “posmoderno” que, aunque critica la modernidad, se encamina a acciones para hacer de este proyecto, un proyecto salvable, para lo cual se requiere solo del ajuste del sistema. Muchas de dichas acciones de ajuste del sistema se materializan en intervenciones que, aunque atienden necesidades urgentes de las comunidades, no apuntan a un cambio estructural que produzca cambios significativos

(esencia del asistencialismo), pues desde su ontogénesis dicho cambio nunca ha sido el objetivo. Por el contrario, las intervenciones terminan convirtiéndose en mecanismos para evitar el conflicto con las comunidades atendidas y generar una relación de codependencia entre dichas comunidades y el sistema hegemónico.

Pensar de este modo en la intervención social pone en un lugar incómodo a las instituciones interventoras y a los profesionales que realizan la intervención, sin embargo, el asunto no es tan trivial como pensar en que la intervención social es un mecanismo de control usado en un modelo de lucha de clases, donde quien interviene parecería ser el malo de la historia y la comunidad la víctima. Como se propone desde algunas posturas como en Alayón (2003), quien considera que en la intervención social hay una orientación ideológica-política usada como parte de la lucha de clases.

Si el problema de la intervención social fuera el anterior, percibir el poder desde dos sectores (opresor y oprimido) facilitaría la resistencia por parte de las comunidades, ante la opresión de quien intenta dominarles. Además, desconocería que quienes realizan la intervención son profesionales que no necesariamente pertenecen a los grupos hegemónicos. Por el contrario, la intervención social contemporánea corresponde a una construcción sociohistórica que actúa en una compleja trama de interacciones sociales, donde el poder y los mecanismos de control son sutiles, difíciles de percibir tanto para las comunidades intervenidas como para los agentes interventores. Este carácter sutil, cotidiano, ubicado en el contexto de “las prácticas” (De Certeau, 1996) es lo que dificulta mantener intervenciones sociales que aporten a las comunidades y que no se conviertan en mecanismos de homogenización social, gestión de la diferencia y sostenimiento de un sistema social injusto.

Las reflexiones sobre la intervención social fueron un tema central en disciplinas como la psicología social, trabajo social, sociología crítica, entre otras, encaminando a estas disciplinas a la búsqueda de métodos críticos que se alejaran de las visiones positivistas tradicionales, reconocieran la complejidad de los fenómenos sociales y las particularidades socioculturales de los contextos, particularmente del latinoamericano, como se evidencia en los trabajos de Montero (2004), Martín-Baró (2006), Fals-Borda y Rodríguez (1987), Carballeda (2013); las apuestas teóricas por la búsqueda de epistemologías del sur (De Sousa 2010); los desarrollos metodológicos de la investigación acción participativa (IAP) y los enfoques participativos; el enfoque de acción sin daño, etc. Son producto de ese esfuerzo por encontrar maneras de replantear la intervención social que sean coherentes con las necesidades de las mayorías y prio-

rizando la búsqueda de un mundo menos injusto, una sociedad sostenible y donde la transformación de las condiciones que producen la desigualdad, la pobreza y el sufrimiento social es posible.

Las reflexiones sobre los inconvenientes y las consecuencias negativas de la intervención social ha sido el producto de las consideraciones de sus actores: interventores y su comunidad. Un ejemplo de ello son las premisas surgidas en el enfoque de acción sin daño (*do no harm*), en donde las organizaciones de cooperación y agencias de desarrollo humanitario advirtieron sobre los efectos iatrogénicos de las intervenciones sociales realizadas principalmente en los contextos de conflicto (Duffield, 2004; Rodríguez, 2007). Donde, a pesar de las buenas intenciones de las instituciones y de los profesionales interventores y de la participación de las comunidades, a largo plazo aparecían consecuencias como la generación de dependencia en las comunidades, afectación en las redes de solidaridad comunitaria, promoción de conflictos territoriales, emergencia de grupos al margen de la ley en los territorios, politización de los recursos, uso de las comunidades como bastiones políticos, etc.

Los principios para la evitación del daño a las comunidades que reciben intervención social coinciden con las reflexiones que autores latinoamericanos advirtieron en las décadas de los 80 y 90 con el surgimiento de las teorías críticas (Baró, Freire, Montero, Fals-Borda, entre otros): evitar la estandarización de las intervenciones y asumir una mirada desde la heterogeneidad de las comunidades; promover la participación real de la comunidad en todos los momentos de la intervención, desde el diagnóstico, diseño y hasta la evaluación; no sobreponer el mandato institucional sobre los intereses de la comunidad; identificar, prevenir o controlar los efectos iatrogénicos de las acciones de intervención (Bello y Millán, 2005); realizar diagnósticos desenfocados y descontextualizados (Montero 2004), etc.

Podríamos finalizar este apartado señalando que las anteriores reflexiones han encaminado la discusión sobre la necesidad de que la intervención social trascienda hacia la búsqueda de nuevas interpretaciones y conceptualizaciones en coherencia a las necesidades de transformación y solución real de las problemáticas, acciones de trabajo conjunto y horizontal con y para la comunidad. En este sentido, el enfoque psicosocial hace parte de estas búsquedas, acoge los esfuerzos por trascender de la intervención hacia otras formas de relación con las comunidades que sean coherentes con las teorías críticas y sus implicaciones éticas, la migración de la intervención social hacia el acompañamiento psicosocial, son un ejemplo de ello.

El acompañamiento psicosocial como alternativa a la intervención social

El acompañamiento psicosocial se presenta como una alternativa actual en la intervención social, ya que se enfoca en la persona en su totalidad, reconociendo sus necesidades, vivencias y perspectivas en el proceso de cambio social. Además, se aleja de la intervención tradicional que se enfoca en solucionar problemas de manera superficial y asistencialista. En lugar de esto, busca trabajar en conjunto con las personas y las comunidades para lograr cambios estructurales y duraderos.

El término “acompañamiento psicosocial” se ha desarrollado a lo largo del tiempo gracias a diversas influencias teóricas y prácticas. En la década de 1950, el enfoque humanista de Carl Rogers en psicología enfatizó la empatía y la comprensión en la relación terapéutica, lo que sentó las bases para una concepción del acompañamiento psicológico como un proceso de apoyo emocional y desarrollo personal. En las décadas de 1960 y 1970, el trabajo de Paulo Freire en educación popular y concientización social contribuyó al desarrollo del concepto de acompañamiento como un proceso de apoyo y transformación social. Aunque Freire no se refirió específicamente a este concepto, sus planteamientos guardan cierta afinidad con este enfoque, ya que ambos enfatizan la importancia del diálogo, la empatía y el compromiso ético en la relación de ayuda y en la transformación social.

En la década de 1980, la psicología social latinoamericana y la psicología de la liberación desarrollaron un enfoque crítico y comprometido con la transformación social, en el que el acompañamiento psicosocial adquirió un papel central como proceso de apoyo emocional y de empoderamiento colectivo. Desde esta perspectiva crítica, el acompañamiento debe estar en sintonía con las luchas populares y los movimientos sociales que buscan transformar las condiciones de vida de las personas. Para Martín-Baro (1986) la psicología social crítica debe buscar comprender las condiciones de opresión y marginación en las que se desenvuelve la vida de las personas en América Latina, y propone una serie de herramientas para intervenir en dichas condiciones y promover procesos de liberación y empoderamiento. En este contexto, el concepto de acompañamiento psicosocial aparece como una de las formas de intervención que pueden contribuir a la transformación social, siempre y cuando se enmarque en una perspectiva crítica y comprometida con la lucha contra la opresión.

Por su parte, Maritza Montero ha sido crítica del concepto tradicional de intervención social, argumentando que tiende a reproducir relaciones de poder asimétricas entre los profesionales y las personas a las que se interviene. Según Montero (2012) la intervención

social tradicional se basa en una concepción paternalista y tecnicista de la ayuda, en la que los profesionales son vistos como expertos que saben lo que es mejor para las personas a las que están ayudando, enfocada en la solución de problemas individuales y en la aplicación de técnicas y programas prefabricados. Esta visión no solo es ineficaz en términos de lograr resultados sostenibles en la transformación social, sino que también puede ser perjudicial para las personas y comunidades a las que supuestamente están ayudando; afirmando que “es hora de deslindar la acción comunitaria del concepto de intervención” (Montero, 2012, p.74).

En cambio, propone una perspectiva de acompañamiento psicosocial que se basa en la igualdad, la solidaridad y la colaboración. Según esta perspectiva, el acompañamiento psicosocial no se trata de imponer soluciones externas a los problemas, sino de trabajar con las personas y comunidades para que puedan identificar y abordar sus propias necesidades y aspiraciones. De esta manera, se busca fortalecer las capacidades de las personas y comunidades para hacer frente a los desafíos y transformar su realidad, en lugar de simplemente proporcionar soluciones temporales o superficiales, y reconoce la importancia de la reflexión teórica y la investigación acción participante como herramientas para el cambio social.

Desde esta perspectiva, el acompañamiento psicosocial es una forma de intervención que tiene como objetivo promover el bienestar emocional y social de las personas en situaciones de vulnerabilidad y exclusión. El acompañamiento psicosocial implica una serie de prácticas y estrategias que buscan fortalecer el poder y la capacidad de las personas y los grupos para enfrentar las situaciones de adversidad y conflicto, y promover su desarrollo personal y social. Para ello, es necesario establecer una relación de confianza y respeto mutuo entre los acompañantes y los acompañados, que permita la construcción conjunta de soluciones y la generación de procesos de aprendizaje y empoderamiento. En este sentido, Montero (2012) enfatiza la importancia de la participación activa y consciente de las personas y los grupos en el proceso de acompañamiento, así como la necesidad de tener en cuenta las dimensiones culturales, políticas y sociales que inciden en la situación de vida de las personas. Asimismo, destaca la relevancia de la ética y la responsabilidad social en el ejercicio del acompañamiento psicosocial, que debe estar orientado hacia la construcción de procesos de cambio social y la promoción de la justicia social.

En el contexto de los procesos de paz y la atención a las víctimas del conflicto armado, el acompañamiento psicosocial ha adquirido una importancia cada vez mayor como un enfoque de atención integral que busca superar las consecuencias psicológicas y sociales del conflicto y promover la recuperación y la transformación social. En esta línea, Villa (2012) propone una reflexión crítica sobre la práctica del enfoque psicosocial en contextos sociales. El autor destaca la necesidad de pasar de una visión superficial y

de moda de este enfoque a una mayor precisión teórica, epistemológica y metodológica. Asimismo, propone un enfoque psicosocial crítico que cuestione las estructuras sociales de poder y promueva la transformación social. En este sentido, destaca la importancia de la ética y la responsabilidad social en la práctica del acompañamiento psicosocial, enfatizando la necesidad de considerar la diversidad cultural y las diferencias sociales en el diseño y desarrollo de intervenciones.

En Colombia, las experiencias de acompañamiento psicosocial se han relacionado desde su inicio con los procesos de trabajo en atención a las víctimas de violencia sociopolítica. En una experiencia para la ‘rehabilitación’ de víctimas del conflicto armado (Villa et al., 2016), los autores argumentan que el apoyo mutuo y el liderazgo afectivo son elementos clave en el proceso de rehabilitación comunitaria. La investigación muestra cómo el acompañamiento psicosocial puede ser efectivo para la construcción de procesos de reparación simbólica y emocional en las víctimas del conflicto armado, generando redes de apoyo mutuo y liderazgo comunitario. En este sentido, se proponen una visión crítica del término “rehabilitación”, cuestionando su uso en contextos de violencia política y social. En su lugar, se enfocan en una visión más amplia de la intervención psicosocial, basada en la construcción de procesos de empoderamiento, participación y transformación social. Y se destaca la importancia del apoyo mutuo y liderazgo afectivo en la rehabilitación de las víctimas del conflicto armado en Colombia.

Por lo tanto, el acompañamiento psicosocial es una herramienta fundamental para ayudar a las personas que han sido víctimas de la violencia y promover procesos para la construcción de paz. Según Parra (2018) el acompañamiento psicosocial implica una escucha activa y empática de las experiencias y necesidades de las personas que han sufrido la violencia. Este proceso busca restablecer la dignidad y el bienestar de las personas a través del fortalecimiento de sus capacidades y recursos internos. Es fundamental que las personas se sientan escuchadas y comprendidas para poder avanzar en su proceso de recuperación. Tanto las personas que reciben el acompañamiento como los profesionales que lo brindan deben trabajar juntos para lograr los objetivos del proceso. Es necesario que se reflexione críticamente sobre los roles y prácticas profesionales, así como sobre las dinámicas sociales y culturales que generan la violencia.

En esta perspectiva, el acompañamiento psicosocial “debe ir más allá de lo psicoterapéutico para la superación emocional, en cuanto se requiere el restablecimiento de las condiciones que propiciaron los contextos de vulneración” (Parra, 2017, p.49). Es necesario que este proceso esté en constante evolución y adaptación para responder de manera efectiva a los desafíos y oportunidades que se presentan en cada contexto. No hay una fórmula única para el acompañamiento psicosocial, sino que cada caso requiere una atención personalizada y adaptada a su situación específica.

De acuerdo con estos planteamientos, el acompañamiento psicosocial y la intervención social son dos enfoques diferentes dentro del ámbito de la atención psicológica y social. A continuación, se presentan algunas diferencias entre ambos, (ver tabla 19):

Tabla 24. Diferencias entre la intervención social y el acompañamiento psicosocial

Dimensiones de análisis	Intervención social	Acompañamiento psicosocial
Objetivo	Cambio o mejora de una situación social problemática.	Fortalecimiento de la capacidad de las personas para enfrentar sus situaciones problemáticas, reconociendo saberes populares, culturales y ancestrales.
Enfoque	Enfoque más técnico y objetivante.	Enfoque más subjetivo y relacional.
Rol del profesional	Es el experto y quien diseña e implementa las soluciones.	Es un facilitador que acompaña y guía a la persona en su proceso de cambio.
Relación profesional-usuario	Más asimétrica, en la que el profesional tiene mayor poder y control.	Relación más horizontal y de colaboración.
Tiempo de intervención	A menudo es a corto plazo, enfocado en resolver un problema específico.	Puede ser a largo plazo, enfocado en el desarrollo personal y la transformación social.
Contexto de intervención	Se enfoca en el contexto social y político.	Se enfoca tanto en el contexto social y político como en el contexto individual y psicológico.
Herramientas de trabajo	Se utilizan herramientas y técnicas específicas para la resolución de problemas sociales.	Se utilizan herramientas y técnicas específicas para la comprensión y apoyo emocional, además de las técnicas clásicas de intervención para la solución de problemáticas sociales.
Resultado esperado	Cambio social y mejora de la situación problemática.	Fortalecimiento de la persona y las comunidades en las dimensiones individuales, interpersonales, socioeconómicas y político-culturales en su capacidad de afrontar sus problemáticas y transformar su realidad.

Fuente: elaboración propia.

El acompañamiento psicosocial y la intervención social son enfoques diferentes dentro del ámbito de la atención psicológica y social. Ambos pueden ser útiles en diferentes situaciones, dependiendo de las necesidades de las personas y las comunidades. Sin embargo, proponer el concepto de acompañamiento psicosocial sobre el de intervención social apunta a proponer un enfoque más integral, sostenible y empoderador en la atención a las personas y comunidades afectadas por situaciones de violencia, conflicto y exclusión social.

En este sentido, el acompañamiento psicosocial se presenta como una alternativa crítica que adopta una postura política y promueve el diálogo entre el sujeto, la comunidad, la sociedad y el Estado. Se ubica epistemológicamente en una psicología situada que responde a contextos específicos, demandas, necesidades o procesos orientados a restablecer la dignidad y el bienestar de las personas y comunidades a través del fortalecimiento de sus capacidades y recursos internos. Blanco y Valera (2007) proponen que las ciencias sociales tienen un componente moral en tanto se derivan hacia el bienestar de las personas y las comunidades. En consecuencia, es fundamental comprender que las reacciones de las personas que se ven sometidas a situaciones de violencia no constituyen necesariamente una patología individual, sino una respuesta comprensible y natural a una situación de adversidad y sufrimiento. Por ello, es necesario evitar estigmatizar o patologizar estas respuestas, y en su lugar, adoptar un enfoque comprensivo y solidario que permita trabajar en conjunto para buscar soluciones integrales.

Es por esto por lo que este enfoque se centra en la construcción de vínculos de confianza, solidaridad y respeto mutuo entre el profesional y la persona o comunidad intervenida. De esta manera, se puede trabajar juntos para comprender las causas profundas de los problemas y buscar soluciones desde una perspectiva integral. Además, esta aproximación valora las perspectivas culturales y sociales de las personas, lo que permite trabajar en conjunto con ellas en lugar de imponer soluciones desde una perspectiva ajena. Si no se tiene en cuenta esto, se podría acabar atribuyéndole la responsabilidad de las problemáticas a las personas que las sufren e incluso culpabilizándolas por sus propios padecimientos, ignorando las causas estructurales que producen y reproducen formas indignas de vida por medio de modelos de intervención asistencialistas, descontextualizados, ineficaces e incapaces de atender las causas reales del sufrimiento, aunque sean aparentemente evidentes.

Las implicaciones ético-políticas que deben ser asumidas si se parte de un enfoque que considera la existencia de una realidad compleja y una relación centrada en sus visiones y cosmogonías del sujeto a quien se acompaña, y cuya metodología está orientada hacia la transformación de esas realidades, deben ser coherentes con un

paradigma de acción que reconozca las limitaciones y los efectos de la intervención social tradicional, como se describió en los apartados anteriores. Por esta razón, planteamos que el acompañamiento psicosocial es una apuesta por dicha coherencia, ya que hace una opción por ese “otro”, que en muchas ocasiones es sujeto vulnerable, excluido, víctima, invisibilizado y silenciado, pero no por ello enmarcado exclusivamente desde esa posición, sino que no pierde de vista la capacidad y agencia de ese “otro”, y sobre todo, su capacidad de denuncia sobre los órdenes establecidos.

Conclusiones

El enfoque psicosocial ha demostrado ser una herramienta valiosa para comprender las problemáticas sociales y de salud mental en contextos comunitarios. A través de este enfoque, se reconoce la importancia de las relaciones e interacciones sociales, políticas y económicas que influyen en la vida cotidiana de las personas y en su salud mental. Por lo tanto, proponer el término “acompañamiento psicosocial” en lugar de “intervención social” resulta relevante. Mientras que la intervención social se enfoca en la aplicación de medidas o técnicas para resolver un problema, el acompañamiento psicosocial propone una actitud más empática y colaborativa hacia la comunidad. Se trata de un enfoque más horizontal y participativo que busca trabajar junto a las personas y grupos para identificar sus necesidades y fortalezas y construir soluciones conjuntas.

No obstante, El proceso de proponer y desarrollar propuestas de acompañamiento psicosocial para agencias gubernamentales y no gubernamentales puede ser complejo y lleno de desafíos. Uno de los mayores desafíos es garantizar que la propuesta se adapte adecuadamente al contexto específico de la población atendida, considerando sus particularidades culturales, sociales y económicas. Es fundamental involucrar a la comunidad y escuchar sus necesidades y perspectivas para diseñar soluciones efectivas y sostenibles a largo plazo.

Otro desafío importante es seleccionar y capacitar al personal adecuado para implementar la propuesta. El personal debe estar comprometido con los objetivos del acompañamiento psicosocial y tener la capacidad de trabajar de manera colaborativa y adaptarse a las diferentes situaciones que puedan surgir durante el proceso. Contar con profesionales capacitados y especializados en acompañamiento psicosocial es esencial para garantizar una atención integral a las personas y comunidades afectadas y contribuir así a la construcción de una sociedad más justa y equitativa. La Maestría en Acompañamiento Psicosocial de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, con sede en Cali, es una oportunidad para desarrollar una disciplina

situada y contextualizada que integre conocimientos y prácticas locales y se adapte a las necesidades específicas de las comunidades para mejorar la calidad de vida en los territorios. La Maestría se enfoca en proponer un enfoque psicosocial que va más allá del tratamiento individual y se orienta a acompañar y orientar a las personas y comunidades en su proceso de fortalecimiento del tejido social.

La evaluación y medición de los resultados pueden ser difíciles y generar tensión en las organizaciones que implementan procesos de acompañamiento psicosocial. Es importante evaluar y medir los resultados para demostrar la efectividad del acompañamiento y justificar la inversión financiera en el proyecto, pero esto puede ser difícil ya que los resultados pueden ser subjetivos y difíciles de medir. Además, las evaluaciones pueden no reflejar adecuadamente la complejidad de los procesos emocionales de las personas atendidas.

Finalmente, el financiamiento y los recursos pueden ser una fuente de tensión y dificultad para las organizaciones que implementan procesos de acompañamiento psicosocial. A menudo, hay una demanda importante de servicios, pero los recursos son limitados, lo que puede impedir que la organización brinde el acompañamiento necesario a todas las personas que lo necesitan. Además, los financiadores pueden tener expectativas y requerimientos específicos que pueden limitar la flexibilidad y la adaptación de la propuesta a las necesidades de la comunidad. En consecuencia, el proceso de proponer y desarrollar propuestas de acompañamiento psicosocial requiere un enfoque cuidadoso y una planificación adecuada para superar estas tensiones y dificultades.

En resumen, la propuesta del acompañamiento psicosocial implica un cambio de enfoque y actitud hacia las problemáticas sociales y de salud mental, reconociendo la importancia de trabajar de manera colaborativa, horizontal y participativa con las comunidades. Solo a través de este enfoque es posible construir soluciones efectivas, sostenibles y que tengan en cuenta las dimensiones subjetivas de las personas y grupos involucrados. Y aunque el desarrollo de una propuesta de acompañamiento psicosocial puede ser una tarea desafiante para las organizaciones que lo implementan, es importante estar consciente de las tensiones y dificultades que pueden surgir durante el proceso y trabajar de manera colaborativa y flexible para superarlas y brindar un acompañamiento adecuado a las comunidades.

Referencias

- Alayón, N. (2003). *Niños y adolescentes: hacia la reconstrucción de derechos*. Espacio Editorial.
- Cálad, C. A. A., Sarria, D. C., y Gallego, M. E. D. (2019). La psicología comunitaria en Colombia: Caminando hacia una sociedad participativa (1st ed.). Universidad del Valle. <https://doi.org/10.2307/j.ctv15pjzdn>
- Arango, C. (2020). *Historia del pensamiento psicosocial*. Expedición Psicosocial Colombiana. <https://colombiapsicosocial.com/wp-content/uploads/2020/08/ArangoHistoria-Pensamiento-Psicosocial.pdf>
- Bello, M., y Millán, C. (2005). La intervención institucional en contextos culturalmente distintos: lógicas en tensión y contradicción. *Palimpsesto*, (5), 250-260.
- Blanco, A. y Valera, S. (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En A. Blanco y J. Rodríguez (eds.). *Intervención psicosocial* (pp. 5-44). Prentice Hall.
- Carballeda, A. (2013). *La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica*. Espacio.
- Castro, S. (2009). *Tejidos oníricos. Movilidad, capitalismo y biopolítica en Bogotá (1910-1930)*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Castro-Gómez, S. (1993). Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de “la invención del otro”. En Lander, E. (comp). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 145-162). CLACSO.
- Cruz, J. (2012). Asistencialismo social y modernidad: un proyecto de colonialidad. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiesis*, (24), 1-7.
- Cruz, J. (2013). La intervención psicosocial: ¿un factor de cambio social o un instrumento de dominación? *Revista Poiésis*, (25), 1-12.
- Cruz, J. (2017). Metáforas sobre la intervención social. Una aproximación a la comprensión del asistencialismo social. *Tesis Psicológica*, 12(1), 10-29.
- De Certeau, M. (1996). *La invención de lo cotidiano*. Luce Editorial.

- De Sousa, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Trilce.
- Duffield, M. (2004). *Las nuevas guerras en el mundo global: la convergencia entre desarrollo y seguridad*. La Catarata.
- Ibáñez Gracia, T. (1987). La “mirada” psicosocial “emergente” y su aplicación al estudio de una categoría social como por ejemplo la juventud. *Revista de la Facultat de Lletres de la Universitat de Girona*, 7, 73-84.
- Fals Borda, O. (1978). *El problema de cómo investigar la realidad para transformarla: Por la praxis*. Ediciones Tercer Mundo.
- Fals-Borda, O., y Brandão, C. (1986). *Investigación participativa*. Instituto del Hombre/ Ediciones de la Banda Oriental.
- Fals-Borda, O. y Rodríguez, B. (1987). *Investigación participativa*. La Banda Oriental.
- Fernández Christlieb, P. (1987). Consideraciones teórico-metodológicas sobre la Psicología Política. En M. Montero (Coor.): *Psicología Política Latinoamericana*. Caracas, Panapo, 75-104.
- Fernández Christlieb, Pablo (1994). *La Psicología colectiva un fin de siglo más tarde*. Anthropos.
- Fernández-Christlieb, P. (2009). Lo psicosocial. El alma pública. *Desdisciplinada de Psicología Social*, 2(4), 48-57.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. La piqueta.
- Foucault, M. (2003). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el collège de France 1978-1979*. Fondo de Cultura Económica.
- Freire, Paulo. (1993). *Pedagogía de la esperanza* (1 ed. México, D.F. Siglo XXI Editores.
- Freire, Paulo. (2005). *Pedagogía del oprimido* (2 ed.). Siglo XXI Editores.
- Frosh, S. (2013). Psychosocial theory. En: T. Teo, *Encyclopedia of Critical Psychology*. Springer Reference.

- González, F. (2003). *Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico-cultural*. Thomson.
- Parra Valencia, L. (2017). Acompañamiento en Clínica Psicosocial. Una experiencia de investigación en tiempos de construcción de paz (Colombia). Ediciones desde abajo.
- Quintal de Freitas, M. F. (2008). Red de tensiones en la vida cotidiana: análisis desde una perspectiva de la psicología social comunitaria. En B. Jiménez-Domínguez (Comp.), *Subjetividad, participación e intervención comunitaria* (pp. 165-79). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Íñiguez, R. (2003). La psicología social como crítica: continuismo, estabilidad y efervescencias. Tres décadas después de la “crisis”. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 221-238.
- Íñiguez-Rueda, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, (23), 496-502.
- Martín-Baró, I. (1983). *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica I*. UCA Editores.
- Martín-Baró, Ignacio. (1986). Hacia una psicología de la liberación. *Boletín de Psicología*, 22, 219-231.
- Martín-Baró, I. (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 1(2), 7-14.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Editorial Paidós.
- Montero, M. (2012). El Concepto de Intervención Social desde una Perspectiva Psicológico-Comunitaria. *Revista MEC-EDUPAZ*, Universidad Nacional Autónoma de México, 04-2011-040410594300-203, 54 - 76. ISSN en trámite No. I.
- Rodríguez, A. (2007). *El enfoque de la acción sin daño*. Universidad Nacional de Colombia.
- Vásquez Campos, J. (2014). *Claroscuros de lo psicosocial, una controversia que no se cierra en Colombia* [Tesis de maestría, Universidad de Valle].
- Villa, J. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿Podemos pasar de la moda a la precisión teórica epistemológica y

metodológica? *Revista Ágora Universidad de San Buenaventura*, 12(2). <https://doi.org/10.21500/16578031.1381>

Villa, J., Londoño, N., Gallego, M., Arango, L., & Rosso, M. (2016). Apoyo mutuo, liderazgo afectivo y rehabilitación comunitaria: Una experiencia de acompañamiento psicosocial para la “rehabilitación” de víctimas del conflicto armado. *Revista Ágora Universidad de San Buenaventura*, 16(2), 427-452. <https://doi.org/10.21500/16578031.2583>

Vygotsky, L. (1989a). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. *Crítica*



Capítulo 7

Dimensiones interpretativas de la cartografía social desde su aplicación en los procesos comunitarios en Colombia



Daniela Giraldo López²⁵

Evelin Yamile Portilla Estrada²⁶

²⁵ Psicóloga. Magíster en Psicología Comunitaria. Correo: dagilo11@hotmail.com

²⁶ Trabajadora Social. Maestrante en Psicología Comunitaria. Correo: evelinp1198@gmail.com

En el presente documento el lector podrá visualizar un proceso de investigación que se dio inicio en el desarrollo de las prácticas profesionales desarrolladas por estudiantes de la Maestría en Psicología Comunitaria y estudiantes de pregrado del programa de Psicología, en la fase uno del Proyecto Institucional de la Universidad Nacional (UNAD) denominado “Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD)” en el año 2021. Proyecto que desde su creación y justificación pretende aportar de forma significativa a la salud mental en Colombia, desde, con y para cada una de las comunidades participantes y aportar en la implementación del modelo de atención en salud mental a nivel nacional, en convenio con el Ministerio de Salud y Protección Social.

De esta forma, desde el proyecto CASMCUNAD se ha planteado como alcance del proceso: contribuir a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación en salud mental dentro las comunidades en las cuales desarrollen su labor, teniendo en cuenta el marco teórico propio de la psicología comunitaria, la participación y construcción desde lo social y el enfoque de la apropiación social del conocimiento (Rodríguez, 2020, p.35)

Es desde la participación en el desarrollo de la Fase uno del proyecto que nace la idea de investigación frente a la comprensión de la cartografía social en los procesos de investigación e intervención. Porque al desarrollar el diagnóstico comunitario desde el cual se buscó identificar las necesidades en salud mental que reconocieron las comunidades participantes, el contar con el acceso a los diagnósticos realizados por los estudiantes de Psicología y desarrollar entrevistas a los profesionales participantes en el proceso de acompañamiento con las comunidades, surgió la pregunta de investigación a la que se quiso dar respuesta, a saber: ¿Cuál es la pertinencia del uso de la cartografía social como estrategia participativa, en los procesos de diagnóstico, investigación e intervención comunitaria del proyecto Centro de Atención en Salud Mental UNAD – CASMCUNAD, 2021?

Este interrogante permitió dentro del proceso investigativo poder analizar la pertinencia del uso de la cartografía social y buscar comprenderla como una estrategia participativa en los procesos de investigación, intervención y diagnóstico de la salud mental comunitaria en Colombia. Pues se consideró importante el profundizar en el hecho que, desde la realización de los diagnósticos participativos y la utilización de la técnica de la cartografía social, se genera un acercamiento a la comunidad y sus verdaderas necesidades e intereses, ya que para implementar proyectos de impacto comunitario es necesario contar con la participación activa de las comunidades.

El proceso investigativo desarrollado tuvo un marco metodológico donde el tipo de investigación que se trabajó fue el cualitativo, que “se considera como un proceso

activo, sistemático y riguroso de indagación, sobre lo investigable, en tanto se está en el campo objeto de estudio” (Pérez,1994, p. 46)

Por esta razón, la investigación cualitativa orientó la presente investigación en la medida en que ofreció al investigador una visión intersubjetiva de la manifestación de los fenómenos que están presentes en los sujetos sociales, y que a diario se presentan a partir de hechos significativos como las experiencias de vida, costumbres, simbolismos del lenguaje, prácticas culturales, entre otros.

Por ende, este trabajo investigativo expuso de manera comprensible las vivencias y experiencias particulares de los participantes que hacen parte de esta investigación y permitió reconocer las estrategias de participación comunitaria que son importantes en el proceso de la IAP.

Adicionalmente, permitió la revisión del proceso aplicado desde el diagnóstico, el análisis interpretativo de los mismos y el plan de trabajo de la comunidad, lo cual facilitó el reconocimiento de las dimensiones interpretativas de la cartografía social, que se ven como técnica, instrumento, orientación a la experiencia e intervención.

En este mismo sentido, el paradigma que se trabajó fue el crítico, el cual se caracteriza por ser emancipador, porque reconoció los procesos de reflexión y análisis que se realizó desde y con las comunidades participantes, en la que se encuentran implicaciones y posibilidades de cambios que ellos mismos son capaces de generar.

Ahora bien, Freire (1989 citado Melero Aguilar 2012), se detectó en idea que desde sus aportes al paradigma crítico da a conocer que este es una ideología emancipadora, la cual “se caracterizaría por desarrollar ‘sujetos’ más que meros ‘objetos’, posibilitando que los ‘oprimidos’ puedan participar en la transformación socio histórica de su sociedad” (Freire, 1989 citado en Aguilar, 2012 p. 157).

Con respecto al proceso investigativo este paradigma fue el que permitió reconocer las subjetividades que se han encontrado en los diagnósticos del proyecto CASMCUNAD, la importancia de la aplicación de la investigación cualitativa, el reconocimiento de la población, el diseño metodológico utilizado y las técnicas utilizadas como fueron la revisión documental y grupo focal. Según Habermas (1981):

“Es necesario que los individuos sean capaces de ir más allá de solo comprender las realidades de los sujetos, sino que puedan entregar soluciones a los problemas sociales y de esta forma contribuir a los cambios que sean precisos para enfrentar

la adversidad. Pero para lograr estos cambios primero se debe comprender a la sociedad en su desarrollo histórico. (p. 279)”

Y además se fundamentó desde un tipo de investigación etnográfico, desde el sentido de que, la etnografía no solo contribuye a la investigación que se realiza, sino también al investigador, quien debe tomar una postura de etnógrafo donde su trabajo se caracteriza por su comprensión cultural, el reconocimiento de normas de comportamiento y estilos de relación.

Según Galindo (1998), un etnógrafo es:

“Un escritor, un creador de imágenes que muestran los caminos de lo que está más allá de lo evidente. Pero también es un ser analítico y observador, especializado en mirar detenidamente y por largo tiempo, casi un esteta, casi un místico. (p. 10) “

Continuando con la referencia del proceso metodológico, la presente investigación se orientó desde lo interpretativo y comprensivo, ya que se pretendió estudiar los significados, intenciones, motivaciones, y expectativas de las acciones humanas, desde la perspectiva de los estudiantes han trabajado con la cartografía social como un proceso de diagnóstico e intervención con las comunidades que han participado en el proyecto CASMCUNAD.

Ahora bien, retomando ideas de autores tales como (Betancurth, Velez & Sanchez 2020 retoman a Pájaro et al. (2014), quienes hablan de la participación activa de las comunidades, se puede fundamentar que “quien vive en el territorio, es quien lo conoce”, por tanto, “se debe conocerlo desde sus propios habitantes para poder comprender y transformar las realidades”. Porque “las personas habitantes de cada territorio son quienes reconocen su territorio como espacio vivo, con sentido de vida y para el desarrollo comunitario e individual y poder documentar la evidencia del empoderamiento comunitario en el desarrollo social integral” (Montes p.134 2015).

Desde el interés investigativo el ejercicio que se realizó hace parte de la formación del psicólogo social comunitario porque desde los fundamentos que se ofrecen desde la profesión se entiende y reconoce a las comunidades como un:

“Grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines. (Montero, 2004, P. 140.)

Este estudio tomó como base el análisis de las estrategias de la aplicación de la cartografía social en campo comunitario. En este orden de ideas, como técnicas utilizadas para el proceso fueron la revisión documental y el grupo focal para los cuales los instrumentos utilizados para la revisión documental fue una matriz de rastreo bibliográfico, la cual permitió la organización de la información de cada uno de los artículos ingresados en esta revisión documental, de manera detallada, facilitando la comprensión total de los artículos. Esta rejilla está compuesta por aspectos formales en donde se evidenciaron datos de los libros, artículos o cartillas, de los cuales se revisaron los objetivos de los estudios, metodología donde se ubica el tipo de estudio, el diseño y la muestra poblacional, y problemas del por qué se investigó.

Después se revisaron los resultados del estudio que aportaron al análisis e interpretación investigativa. Luego, se desarrolló una revisión minuciosa de cada uno de los trabajos de 15 profesionales de psicología que aplicaron el diagnóstico comunitario para lograr el acercamiento a las consideraciones de las comunidades con respecto a la cartografía social utilizada en los procesos de acercamiento. Posterior a ello, para poder realizar la triangulación de la información, se realizó el grupo focal con profesionales de psicología en formación para poder reconocer desde su experiencia cuáles son las dimensiones de la cartografía social. Lo anterior para obtener información relevante que facilitó la contrastación y el corroborar los hallazgos con las teorías y autores de la cartografía social.

Finalmente, se desarrolló el análisis interpretativo de los hallazgos que permitió dar respuesta a cada uno de los objetivos recogiendo las categorías inductivas por cada objetivo planteado, donde se evidencian las cuatro dimensiones interpretativas desde una postura metodológica y contextualizada y en la cual se realizó un entrelazado desde el proceso teórico, los hallazgos encontrados con los participantes comunitarios y la postura de las investigadoras.

Definiendo la cartografía social

Para dar inicio al reconocimiento de la importancia de la cartografía social, se identificó su aporte en el proyecto. Por lo tanto, fue importante iniciar su conceptualización desde las mismas bases del proyecto CASMCUNAD, en el cual se describen las acciones que se pretenden en la implementación del modelo en salud. Es desde allí que, parafraseando a Larban (2010), se entiende que el modelo comunitario de atención en salud mental tiene características de ser comunitario y nace de las necesidades de la comunidad. Desde las perspectivas de este grupo humano se implementa con la participación de todos los actores, considerados como:

Seres racionales, porque responden a las necesidades comunitarias y no a la oferta de servicios existentes; es equitativo, proporcional a los grados de necesidad, y a las problemáticas existentes; son de atención integral, por lo cual se deben conformar equipos inter y multidisciplinarios, que aborden las situaciones desde diferentes perspectivas, teniendo en cuenta los avances científicos y tecnológicos para prestar servicios de calidad. (p. 215)

Para ello es necesario tener en cuenta ideas que autores como (Barragán y Amador, 2014, p. 10) y a quienes parafraseando permiten reconocer que “las características individuales, sociales y políticas” de los grupos sociales, aportaran a determinar la forma de aplicación de la cartografía en las comunidades, a fin de identificar las acciones desarrolladas en las aplicaciones de la técnica y se faciliten “las condiciones necesarias para que los participantes puedan reflexionar y exponer las percepciones, representaciones e interpretaciones de su realidad”. Es desde estas ideas que se evidencia de que la cartografía se fundamenta desde el paradigma crítico social en los procesos investigativos porque desde allí se contribuye a develar aquellos “aspectos simbólicos que les permite a los sujetos interpretar su mundo y transformarlo”.

Desde el documento general de CASMCUNAD (2019) se vio pertinente comprender que los modelos de atención en salud deben estructurarse teóricamente desde la investigación acción participativa (IAP), porque desde ella se reconoce que:

La comunidad no actúa como un objeto pasivo, que es observado y es receptor de estrategias y procedimientos desde los sujetos que lo analizan y estudian, sino que, tiene la capacidad de observarse a sí misma, y de construir caminos de transformación y desarrollo.

Ahora bien, parafraseando al Guadamuz (1991), la IAP se comprende como una estrategia que busca establecer nuevas formas de generar conocimiento, transformando el proceso de intervención profesional que se entendía desde un sujeto que observa y un objeto que es observado, por una comprensión de la interacción sujeto-sujeto, en la cual no existe una parte pasiva y otra activa, sino varias partes activas que interactúan entre sí con el objetivo de transformar la realidad.

Por esta razón, la investigación se la comienza a identificar en acciones de aprendizaje recíproco y de generar nuevo conocimiento desde las realidades, y reconocen en los participantes e investigadores esa participación en los “procesos sociales y los reúne en la búsqueda y consolidación de propuestas transformativas de su compartida realidad” y se reconoce IAP como una forma de transformar realidades personales y comunitarias.

Algunos autores determinan que los procesos de IAP y de aplicación de cartografía social surgen aproximadamente en los años 70 en respuesta de una forma de investigación clásica, que consideraban a la persona como el objeto de investigación y no reconocía la posibilidad de que los participantes fueran los auto determinantes de sus acciones, decisiones, en los procesos de investigación e intervención. Balcázar (2003) afirma que la IAP promueve la participación continua de los miembros de una comunidad para comprender su propia realidad, identificar los problemas asociados a ella y establecer estrategias de cambio.

Las acciones y la participación deben generar conciencia sociopolítica entre los diferentes participantes y actores, de tal manera que se conciban como responsables de sus acciones y de los procesos que se establezcan para mejorar.

Por esta razón se retoma a Martín-Barbero, quien desde sus posturas fundamenta a la cartografía social desde los procesos que se persiguen en esta investigación reconociendo sus aportes como técnica, herramienta, proceso de orientación e intervención, en el acercamiento que se realiza con las comunidades reconociendo las subjetividades y territorios, y además refiere que dentro de las actividades de la IAP están:

1. La investigación, entendida como la capacidad de analizar de forma sistemática las condiciones actuales de una comunidad, identificando las necesidades percibidas de esta manera por las personas.
2. La educación, en la cual los participantes aprenden a aprender, desarrollan una conciencia crítica que les permite entender sus propias problemáticas, establecer las causas de estas y diseñar estrategias de solución, mejoramiento y transformación.
3. La acción, en la cual los participantes entienden la cartografía social desde cuatro dimensiones interpretativas e implementan las estrategias de mejoramiento.

Estas tres actividades no son lineales, sino que forman un ciclo que se reinicia indefinidamente para mejorar la calidad de vida del colectivo. (Barbero, 1972, p. 95)

Asimismo, Barbero invita a la revisión de la cartografía social entendida desde una forma de lenguaje, en donde se entiende que la intervención “es lenguaje en la medida

que transforma, se inscribe y circula”, de allí que “las cartografías se presentan como un nuevo instrumento de intervención social, que escenifica situaciones, describe telones de fondo y tiene la capacidad de aproximarse a la construcción del mundo de los actores sociales” (Barbero, 1987, p. 31).

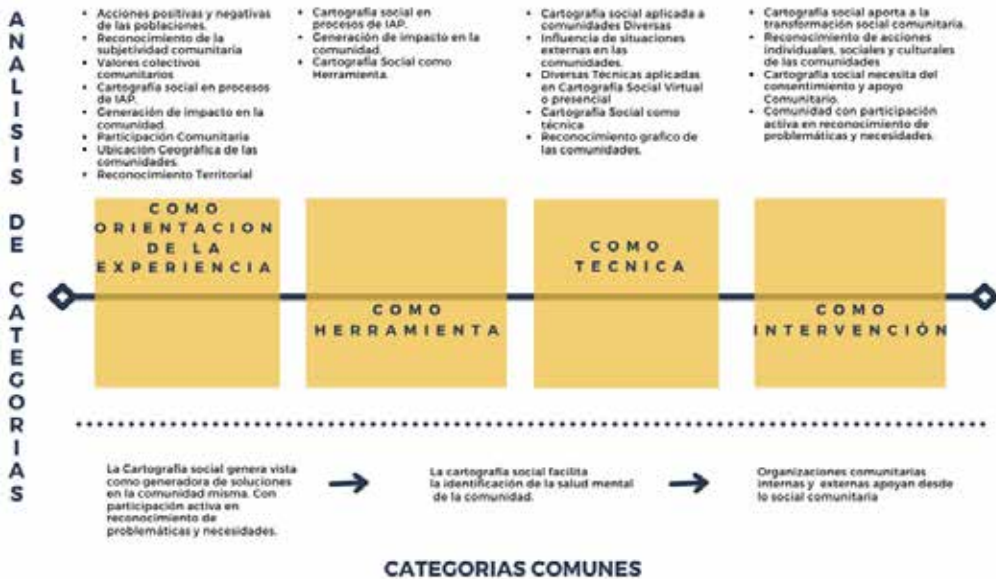
Por otro lado, Torres, (1996) ve la cartografía social como cultura, identidad, subjetividad y acción colectiva. Se constituyen en las problemáticas privilegiadas. Los enfoques y las estrategias metodológicas más frecuentes son las llamadas cualitativas e interpretativas; los estudios de caso, la etnografía basada en la observación participante, las historias de vida, el análisis de escenarios y acontecimientos concretos y el rescate de la memoria colectiva son recursos metodológicos empleados.

Dentro de ese marco de la identificación del alcance metodológico es necesario identificar los aportes que se están haciendo desde la aplicación de la cartografía como instrumento de diagnóstico rápido participativo y revisar que el objetivo de la aplicación del instrumento esté cumpliendo el sentido de intervención dentro de las comunidades.

Asimismo, la revisión de cómo se debe incluir las otras tres dimensiones identificadas dentro del proceso investigativo, que permitan generar un mayor alcance y pertinencia dentro del proyecto. Esto finalmente permitió construir un recurso de sistematización de la cartografía social como metodología de intervención en comunidades de Colombia, a partir de las cinco categorías plasmadas en CASMCUNAD y la evaluación de los procesos aplicados actualmente dentro del proyecto.

Ahora bien, para el desarrollo de este proceso teórico fue necesario realizar un estado del arte que se determinó desde la revisión de más de 40 artículos científicos que determinan la conceptualización de la cartografía social. Para tal fin se retoman autores de primera voz que permitieron generar una contextualización previa de la cartografía social desde sus inicios. Seguido de los autores de segunda voz, que van dando la definición enlazada a lo social comunitario, dando congruencia a lo narrado desde los participantes en el grupo focal y el análisis de las cartografías aplicadas. Adicional, se retoman algunos autores complementarios que llevan la misma línea de fundamentación.

Figura 22. Categorías específicas



Fuente: elaboración propia.

A partir de ahí, cartografía social como técnica

Desde la mirada de Fals Borda (1987) se entiende la cartografía social como “una metodología participativa y colaborativa de investigación que invita a la reflexión, organización y acción alrededor de un espacio físico y social específico” (p. 4). Otros autores que complementan la idea la determinan como una “metodología de trabajo en campo y como herramienta de investigación”, es decir, se concibe a la cartografía social como una “técnica dialógica”. Si bien los autores reconocen que en este hacer cartográfico se genera una distorsión tanto técnica como simbólica de la realidad, la cartografía desde su proceso desarrollado como técnica es importante no solo por su contribución académica, sino por su pertinencia (De Sousa-Santos, 1991).

En esta línea, se sostiene que, en la cartografía social, “el verdadero compromiso implica la transformación de la realidad en que se halla la población y reclama una teoría de la acción transformadora que no puede dejar de reconocerle un papel fundamental en el proceso de transformación” (Freire, 1973, p. 162).

Por otra parte, Fals-Borda, O (2008), uno de los investigadores más importantes de este método, plantea que:

Las gentes del común merecen conocer más sobre sus propias condiciones vitales para defender sus intereses, que aquellas otras clases sociales que han monopolizado el saber, los recursos, las técnicas y el poder mismo, es decir, que debemos prestar a la producción del conocimiento tanta o más atención que a la producción material. Así podíamos inclinar la balanza en pro de la justicia para los grupos desprotegidos de la sociedad. (p. 4)

Es desde la IAP que se inició la fundamentación y comprensión de la cartografía social como técnica de implementación para la elaboración de diagnóstico comunitario, identificando a los participantes como sujetos activos de los procesos de reconocimiento de sus realidades y participe de elaboración de las actuaciones que se deberían implementar en la búsqueda de las soluciones de cada comunidad. Por tanto, la IAP es “una de las características propias de este método, que lo diferencia de todos los demás, es la forma colectiva en que se produce el conocimiento, y la colectivización de ese conocimiento” (Fals-Borda y Brandao,1987 p.18)

Figura 23. Cartografía social como técnica



Fuente: elaboración propia.

Cartografía social como herramienta

La cartografía social vista desde la acción se define de acuerdo con el maestro Fals-Borda (2003) como “la práctica de donde se deriva el conocimiento necesario para transformar la sociedad... además de derivarse un saber y un conocimiento científico”. (p.8)

Ahora bien, para comprender la participación y cuál es el vínculo entre esta y el empoderamiento, es útil retomar a Elwood (2002), quien considera tres dimensiones del empoderamiento:

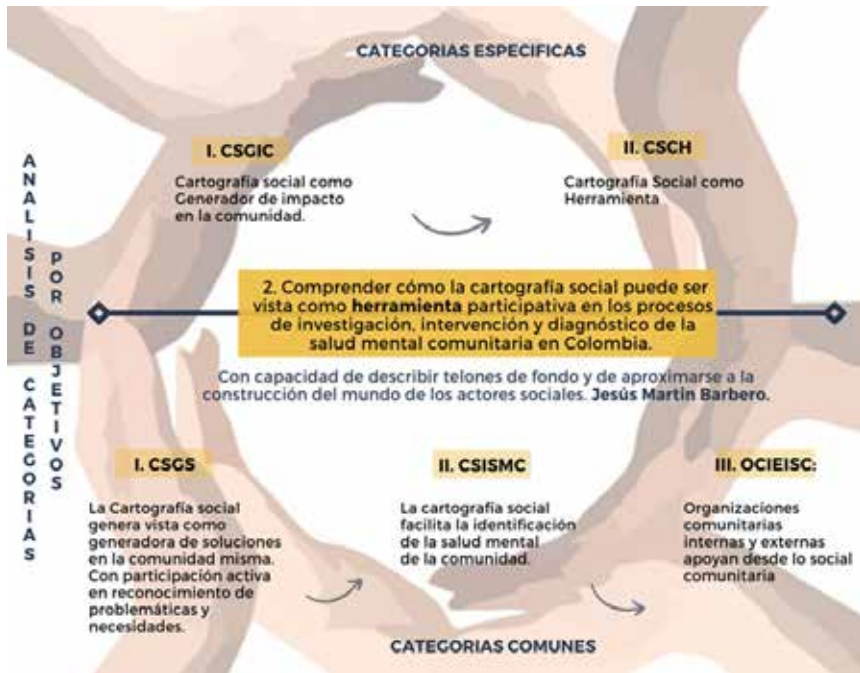
“El logro de material tangible o la dimensión distributiva; las transformaciones de procesos para legitimar contribuciones o necesidades de los grupos de ciudadanos o la dimensión procedural, y a la habilidad de los ciudadanos de tomar acción por su cuenta o la dimensión de capacidad construida.”. (p.10)

En las investigaciones donde las personas están inmersas en problemas sociales es necesario establecer la cartografía social como herramienta de revisión de procesos, identificación de necesidades y finalmente de transformación de procesos liderados desde la comunidad misma. Krotz e tal (2004) lo explica como el proceso de entender al otro desde su diferencia en la cual se sustenta las nociones culturales que para el investigador son ajenas a su realidad.

Dentro de ese marco de la identificación del alcance metodológico es necesario evaluar los aportes que se están haciendo desde la aplicación de la cartografía por parte de Martín-Barbero (1987), quien la comprende como un “instrumento de diagnóstico rápido participativo y revisar que el objetivo de la aplicación del instrumento esté cumpliendo el sentido de intervención dentro de las comunidades” (p.9).

Esto, finalmente, permitió construir un recurso de sistematización de la cartografía social no solo como técnica, sino también que se evalúen e identifique la cartografía social desde cuatro dimensiones interpretativas de la misma: en un primer escenario de cartografía social como herramienta, segundo como técnica, tercero como intervención y, finalmente, como la experiencia misma de la comunidad a partir de la evaluación de los procesos aplicados actualmente dentro del proyecto. Por esta razón, para romper estas dicotomías es que Martín-Barbero (1972) propone el ejercicio de pensar desde la praxis, porque “es en la acción que el sujeto se experimenta como tal, es en el riesgo que se constituye. Porque el sujeto no es sustancia sino historia”. (p.4)

Figura 24. Cartografía social como herramienta



Fuente: elaboración propia.

Cartografía social como proceso de orientación desde la experiencia

Autores como Bal (2009) y Zambrano (1986) se acercan a la realidad desde la importancia de “revisar los métodos de investigación directamente en conexión con lo ya existente, con la experiencia del investigador, con el proceso práctico” (s.p). Es decir, que de esta forma el método de investigación exige un reconocimiento de la orientación de los procesos desde la experiencia e indudablemente una salida de lo habitual; y de alcanzar a percibir cómo acontece la producción de las subjetividades en las acciones cotidianas, comprender las maneras en que la formación acontece por fuera de los procesos teóricos e incluso la trascendencia de la técnica misma. Esto es, en la experiencia de trabajar, conversar y habitar, como lo ha planteado varios autores en artículos que confluyen en las ideas del acercamiento a las realidades comunitarias.

En este mismo orden de ideas, Deleuze y Guattari (2009) invitan a mirar la exterioridad en sus propios términos como el “hacer pasar y circular partículas a significantes, inten-

sidades puras, de atribuirse los sujetos a los que tan solo deja un nombre como huella de una intensidad” (p. 10). Basados en dichas realidades pueden decir que la cartografía se abre sitio a la configuración de intervenciones y participación que dejan un amplio espectro a la improvisación.

En los espacios de aplicación de la cartografía social como experiencia en los encuentros algunas de las respuestas están basadas en lo que se está viviendo en el momento mismo, es decir, como si su respuesta se basara de la improvisación, en tanto manera de construir la experiencia misma de investigación. Al respecto la profesora Farina (2006) indica que:

La improvisación puede ser una forma de cuidado de esas experiencias, de cuidado de las imágenes e ideas con las que entramos en contacto. Puede ser una actividad formal que nos permita producir maneras de actuar con las cosas que nos pasan y solicitan nuestra atención. (p. 13)

Figura 25. Cartografía social como experiencia



Fuente: elaboración propia.

Cartografía social como forma de intervención

La cartografía social vista como proceso de intervención se va generando a través de acciones participativas que generan procesos de aprendizaje en el ejercicio y que permiten el desarrollo de un proceso colectivo de discusión y reflexión, al igual que permiten colectivizar el conocimiento individual, enriquecer este y potenciar realmente el conocimiento colectivo y el desarrollar una experiencia de reflexión educativa común.

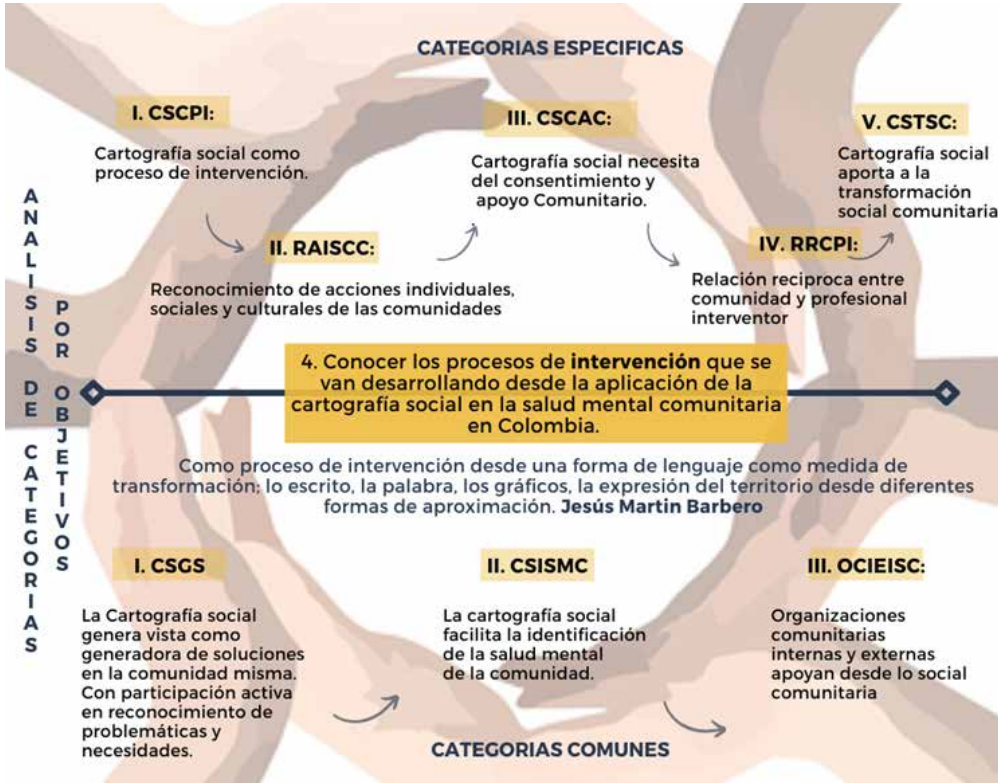
De acuerdo con Santos (1996), la cartografía social es “un método de construcción de mapas que intenta ser colectivo, horizontal y participativo” (s.p). Esta particularidad, que a primera vista parece responder a la moda actual en los métodos de intervención e investigación, rescata los modos más antiguos de construcción de mapas: el colectivo. Este modo colectivo hace fuerza sobre todo en dos cuestiones: inicialmente considera al conocimiento del espacio banal.

En el caso de la cartografía social, esa fotografía es un filme colectivizado y al ser dinámica siempre estará incompleta; aun cuando esta haya finalizado. Pues no hay final, el mapa es un relato dinámico. Los mapas no solo representan el territorio y lo producen cumpliendo la función de familiarizar al sujeto con el entorno; el mapa también naturaliza el orden de las relaciones que le son permitidas con el espacio, cumpliendo una función ideológica (Montoya, 2007). Por ello es un proceso que va directamente relacionado con la intervención comunitaria donde se desliga de esa neutralidad y objetividad. El mapa es subjetivo y comunitario.

Desde la percepción de Harley (2001 citado en Barbero, 1998):

“El cartógrafo es un sujeto social, inmerso en intereses políticos que configuran la realidad social de su tiempo, su conocimiento no es neutro ni imparcial, está inserto en las tramas del poder y su conocimiento es instrumentalizado por aquel. Por esto, en cartografía social el cartógrafo es colectivo. No hay cartografía sin comunidad. (p. 16)

Figura 26. Cartografía social como intervención



Fuente: elaboración propia.

Conclusión

Desde la complejidad de los escenarios actuales de intervención en lo social, lo territorial se presenta como un espacio de mirada y análisis que requiere de lecturas que trasciendan las descripciones formales o meramente descriptivas o cuantitativas o simplificadas en que la cartografía social tenga una accionar limitado desde la concepción de técnica o instrumento.

El territorio construye subjetividad y es construido desde ella. Lo territorial es memoria, recuerdos y “previsiones extrañas”, poseyendo también diversas posibilidades de acceso a la multiplicidad de imágenes, representaciones, imaginarios y sentidos que trasciende a la realidad objetiva desde fisonomías que cambian a partir de innumerables expresiones. Por lo anterior, el acceso a lo territorial se presenta como una necesidad para conocer e intervenir en diferentes procesos sociales. Finalmente, podemos decir que las

cartografías sociales se presentan como un instrumento o metodología que construye el acceso a ese conocimiento, tanto como a sus posibilidades de transformación y que permite la intervención en la comunidad misma.

Se puede identificar la cartografía social como técnica en los procesos participativos de investigación, intervención y diagnóstico de la salud mental comunitaria en Colombia, porque desde los acercamientos comunitarios, a través de la utilización de los procesos gráficos de la cartografía social, permite hacer una interpretación de la realidad y un diálogo participativo.

Se logra comprender cómo la cartografía social se aplica como herramienta participativa, porque permite ver las diferentes realidades en los procesos de investigación, intervención y diagnóstico y se genera un nuevo conocimiento horizontal en el reconocimiento de la salud mental comunitaria en Colombia.

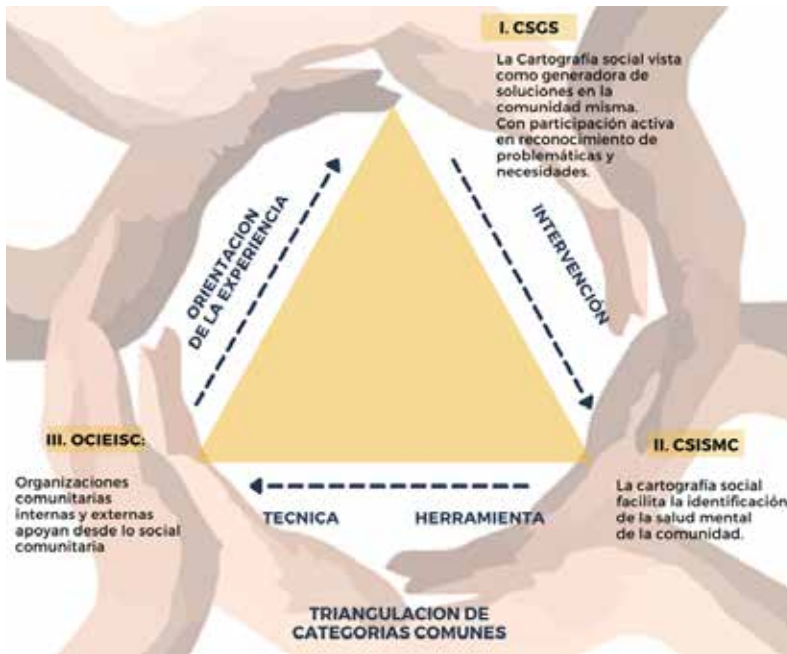
Por otro lado, la cartografía social es comprendida como proceso de orientación de la experiencia, ya que las personas reconocen sus propias experiencias, se apropian de ellas y se generan procesos de intervención participativa en la implementación de los modelos de salud mental comunitaria.



Asimismo, la cartografía vista desde el acercamiento a la comunidad abre nuevos escenarios de investigación, de acción, de conocimiento, que permiten una mirada diversa del territorio, de los recursos, de las problemáticas, que como resultado se fortalece la mirada del sujeto, inmerso es sus realidades, brindándole a la comunidad desde la aplicación misma de la cartografía la intervención.

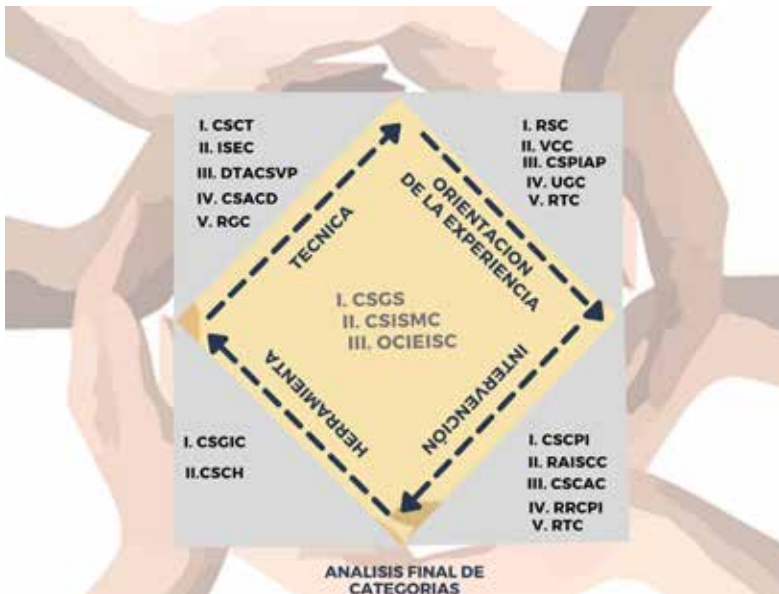
Como resultado final se logra diseñar una plataforma digital donde se consolide la cartografía social desde las cuatro dimensiones, como herramienta, como técnica, como intervención y orientación de la experiencia, y la aplicación del proyecto CASMCUNAD 2021.

Figura 27. Triangulación de categoría comunes



Fuente: elaboración propia.

Figura 28. Análisis de categorías



Fuente: elaboración propia.

Referencias

- Agüero, M., García, F., Lance, y Segura, M. (2018). *Instructivo para mapear (nos) colectivamente*. Ediciones INTA.
- Andrade, H. y Santamaría, G. (s.f.). *Cartografía social, el mapa como instrumento y metodología de la planeación participativa*.
- Alvarez, W. R., & Santos, C. S. (2021). Cartografía social digital de precisión para la búsqueda de desaparecidos en Guaviare, Colombia.
- Balcazar, F. E. (2003). Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en humanidades*, (7), 59-77.
- Barragán, D.F (2016). Cartografía social pedagógica: entre teoría y metodología. *Revista Colombiana de Educación*, (70), 247-285.
- Betancurth Loaiza, D. P., Vélez Álvarez, C., & Sánchez Palacio, N. (2020). Cartografía social: construyendo territorio a partir de los activos comunitarios en salud. *Entramado*, 16(1), 138-151.
- Borda, O. F. (1999). Orígenes universales y retos actuales de la IAP. *Análisis político*, (38), 73-90.
- Carballeda, A. (2017). Cartografías sociales: lenguaje y territorio. Una aproximación desde la intervención en lo social. *Revista Perspectivas*, (29), 145-153.
- Cáceres, L. J. G. (Ed.). (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. Pearson Educación.
- Carrillo, A. (2011). La interpretación en la sistematización de experiencias. *Decisio*, (28), 28-50.
- Chávez, C. y Aragón, P. (2016). *Cartografía social de los territorios y escenarios de influencia de la Universidad Piloto de Colombia*. Universidad Piloto de Colombia.
- De Sousa-Santos, B. (1991). Una cartografía simbólica de las representaciones sociales. Prolegómenos a una concepción posmoderna del derecho. *Nueva Sociedad*, (116), 18-38

- Diez-Tetamanti, J. y Rocha, E. (2016). Cartografía social aplicada a la intervención social en barrio Dunas, Pelotas, Brasil. *Revista Geográfica de América Central*, 2(57), 97-128.
- Diez, J. (2012). *Cartografía social. Investigación e intervención desde las ciencias sociales, métodos y experiencias de aplicación*. https://www.researchgate.net/publication/324170305_CARTOGRAFIA_SOCIAL_Investigacion_e_intervencion_desde_las_Ciencias_Sociales_metodos_y_experiencias_de_aplicacion
- Diez, J. (2017). *Experiencias cartográficas: exploraciones y derivas*. Editorial Margen.
- Fenner Sánchez, G. M., Zaragocin, S., Cubillos Alfaro, F., González Ibáñez, A. I., & Monroy Hernández, J. (2022). Mapas para armar: de cartillas, manuales y guías de cartografía participativa. *Perspectiva Geográfica*, 27(2), 151-166.
- González, E., Álvarez, T. y Vásquez, L. (2020). Paisajear: un método cartográfico para ir tras las educaciones (otras) que se producen en una planta de producción. *Saberes y prácticas. Revista de Filosofía y Educación*, 5(1), 1-16.
- Guadamuz López, E. (1991). La investigación acción-participativa: sus bases conceptuales y metodológicas.
- Grandett, N. I. G., & Ayola, J. I. G. (2019). La cartografía participativa como herramienta para la acción política, dos estudios de caso en espacios rurales y urbanos en Colombia. *Cardinalis*, (12), 290-316.
- Jara, O. (s.f.). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. https://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf
- López, C. (2012). *Cartografía social: instrumento de gestión social e indicador ambiental* [tesis de maestría]. Universidad Nacional de Colombia.
- López, C. (2018). La cartografía social como herramienta educativa. *Revista Scientific*, 3(10), 232-247.
- Maldonado, F. (2006). *Guía de metodologías comunitarias participativas*. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3997/1/Soliz,%20F-CON008-Guia5.pdf>
- Mancila, I. y Habegger, S. (2018). *El poder de la cartografía social en las prácticas contra-hegemónicas o la cartografía social como estrategia para diagnosticar nuestro territorio*. <http://beu.extension.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/365/>

Habegger%20y%20Mancila_El%20poder%20de%20la%20cartografia%20social.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martín-Barbero, J. (1998). Heredando el futuro: pensar la educación desde la comunicación. *Cultura y Educación*, (9), 17-36.

Martín-Barbero, J. (2003). *Oficio de cartógrafo*. Fondo de Cultura Económica.

Melero Aguilar, N. (2012). El paradigma crítico y los aportes de la investigación acción participativa en la transformación de la realidad: un análisis desde las ciencias sociales. *Cuestiones pedagógicas*, 21, 339-355.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Editorial Paidós

Montoya, V., García, A. y Ospina, C. (2014). Andar dibujando y dibujar andando: cartografía social y producción colectiva de conocimientos. *Nómadas*, (40), 190-205.

Mora-Páez, H. y Jaramillo, C. (2003). Aproximación a la construcción de cartografía social a través de la geomática. *Ventana informática*, (11), 129-146.

Nistal, T. (2018). *Investigación-acción participativa y mapas sociales*. <http://www.beu.extensions.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/349/investig-accion%20participativa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ortega-Carbajal, M., Hernández-Mosqueda, J. y Tobón-Tobón, S. (2015). Análisis documental de la gestión del conocimiento mediante la cartografía conceptual. *Ra Ximhai*, 11(4), 141-160.

Ortiz, M., & Borjas, B. (2008). La Investigación Acción Participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular. *Espacio abierto*, 17(4), 615-627.

Osorio, H. y Rojas, E. (2011). La cartografía como medio investigativo y pedagógico. *Dearq*, (9), 30-47.

Rodríguez, M. (2017). Rastros de miradas nocturnas. Una revisión de la obra de Jesús Martín-Barbero. *Questión*, 1(54), 99-115.

Rodríguez, Y. (s.f.). *Centros de acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia CASMCUNAD*. UNAD.

- Rincón, J. (2017). *La investigación acción participativa en Orlando Fals Borda y la subversión del orden social* [tesis de posgrado]. Universidad Santo Tomás, Colombia.
- Suárez, H. (2017). Cartografía social.
- Torres, A. (2004). Sistematización de experiencias de organización popular en Bogotá. *Revista Aportes*, (57), 56-89.
- Vélez, I., Rátiva, S. y Varela, D. (2012). Cartografía social como metodología participativa y colaborativa de investigación en el territorio afrodescendiente de la cuenca alta del río Cauca. *Cuadernos de geografía. Revista Colombiana de Geografía*, 21(2), 59-73.
- Villalta, R. y Cubias, A. (2012). Las técnicas participativas. Herramientas de educación popular. <https://evalparticipativa.net/wp-content/uploads/2019/05/08.-las-tc3a9c-nicas-participativas-de-educac3b3n-popular-cc3b3mo-usarlas.pdf>
- Vera, J. L. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental “Continente y Contenido”. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 205.

TERCER EJE

**EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN
PSICOSOCIAL EN UN DIÁLOGO
CON LO INSTITUCIONAL**



Capítulo 8

¡Cuídate cuidador!

Proyecto psicosocial para inclusión de cuidadores de niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional



Paula Andrea Tamayo Montoya²⁷

Ruth Dayana Torrealba Escobar²⁸

27 PhD. Docente del programa de Psicología, Universidad Santiago de Cali, Universidad del Valle. Correo: paula.tamayo00@usc.edu.co / paula.tamayo@correounivalle.edu.co

28 Magíster en Coordinación de Extensión y Proyección Social. Bellas Artes – Institución Universitaria del Valle. Correo: datorre326@gmail.com / ginartep@bellasartes.edu.co

El proyecto psicosocial “¡Cuídate cuidador!” se desarrolla como resultado de la articulación entre el programa de “Laboratorios de inclusión artística” liderado por el semillero de investigación CREA del Instituto Departamental de Bellas Artes, el curso de “Psicología social comunitaria” del programa de Psicología de la Universidad Santiago de Cali y el semillero Psicología y Sostenibilidad del grupo de investigación Cuidado de la Salud. El propósito de este proyecto es poner en marcha una estrategia de acompañamiento para cuidadores de niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional que asisten a los “Laboratorios de inclusión artística”.

Como resultado del pilotaje de esta estrategia se identificó el interés de los cuidadores por contar con un espacio para escucharse mutuamente y gestionar el malestar que les provoca la sobrecarga de tareas, el persistente sentimiento de angustia y la sensación de aislamiento derivada de la falta de apoyo psicosocial. Se concluye que es necesario crear condiciones para que esta estrategia se articule a la implementación de la política pública de discapacidad en la ciudad de Cali y que a su vez pueda ampliar su rango de acción para apoyar a cuidadores en todo el Valle del Cauca.

Introducción

Para garantizar el mejoramiento de las condiciones de vida de la población con discapacidad, sus familiares y cuidadores, se formuló la Política Pública Departamental de Discapacidad Valle del Cauca 2019-2029, que busca garantizar que las personas con discapacidad ejerzan plenamente sus derechos, tal como señala la Ley 1346 de 2009, la Ley Estatutaria 1618 del 2014, la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social de Colombia 2013-2022 y el CONPES de Discapacidad 166 de 2014.

En esta política pública departamental se concibe la discapacidad como un concepto en evolución. Actualmente se reconoce que las características de la persona y las barreras del entorno que limitan su aprendizaje y participación social se conjugan para producir la discapacidad. Al hacer énfasis en los aspectos biopsicosociales de la discapacidad se acepta a cada persona como un ser único y con capacidades diversas. Se entiende la discapacidad como una forma diferente de realizar actividades cotidianas y no como una patología que sitúa la responsabilidad de inclusión social en la persona.

Además, se acuña la noción de “diversidad funcional” (Palacios y Romanach, 2006) para referirse a las personas con necesidades específicas, aunque la denominación oficial de la OMS para esta población sigue siendo “personas con discapacidad”. En este texto se privilegia el uso de la noción diversidad funcional que supone un avance

en el proceso de inclusión y equidad para las personas con necesidades específicas y se emplea el concepto de discapacidad cuando se hace referencia a fuentes donde esta noción es empleada.

El abordaje de la diversidad funcional con un enfoque biopsicosocial se basa en la premisa de que el contexto requiere un ajuste para incluir a las personas con necesidades específicas. Por tanto, es necesario intervenir este contexto para movilizar el cambio de sistemas sociales educativos, recreativos, legales, de infraestructura, de transporte, de comunicación, entre otros.

Para el año 2010, el DANE (2010) registró en el Valle del Cauca 12.627 niños, niñas y adolescentes en condiciones de discapacidad, 7.764 de ellos habitan en la ciudad de Cali. La siguiente tabla muestra la prevalencia de la discapacidad en esta población:

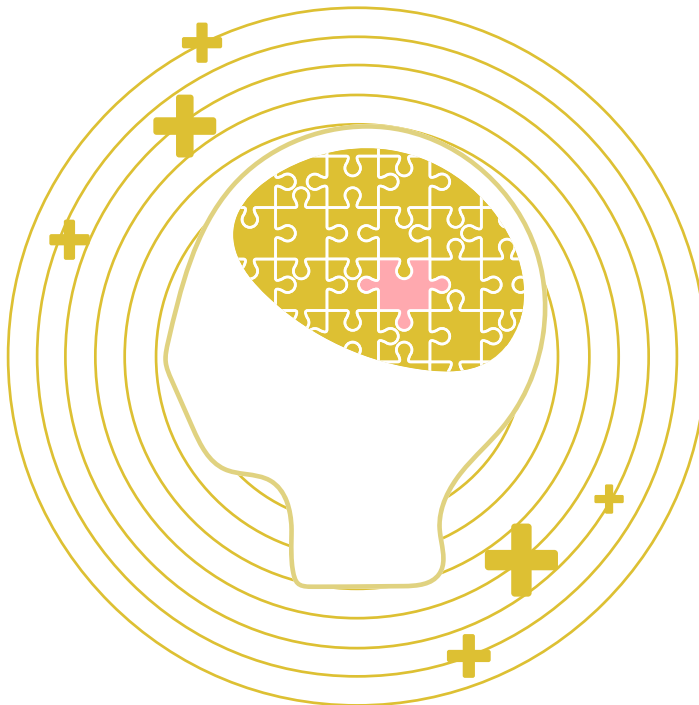


Tabla 25. Registro de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en el Valle del Cauca

Lugar	Total	El sistema nervioso	Los ojos	Los oídos	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)	La voz y el habla	El sistema cardiovascular y las defensas	La digestión, el metabolismo, las hormonas	El sistema genital y reproductivo	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	La piel	Otra
Valle del Cauca	12.627	3.482	1.720	958	110	1.783	1.137	305	95	2.864	143	30
Cali	7.764	2.201	1.150	606	67	967	615	160	66	1.826	92	14

Fuente: DANE (2010).

Para el año 2018 se identifica mayor prevalencia de niños y hombres adolescentes de 0 a 18 años que de niñas y mujeres adolescentes en estas edades (Política Pública Departamental de Discapacidad, Valle del Cauca 2019-2029; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). A pesar de estas cifras, persiste un cuestionamiento por el bajo registro de la población con discapacidad entre 0 y 16 años, lo cual afecta su acceso a servicios de detección temprana de riesgos en salud, valoración, diagnóstico, caracterización y tratamiento de la discapacidad. Esto supone una brecha sistémica que afecta la inclusión de esta población que además en su mayoría no cuenta con recursos suficientes para cubrir sus necesidades de salud de modo autónomo, pues el 96 % de la población con discapacidad del departamento habitan en viviendas de estrato 1, 2 y 3.

Asimismo, el sistema educativo parece poco preparado para atender esta población cuando no está adecuadamente caracterizada. La escolaridad de niños, niñas y adolescentes con discapacidad que se registra en el Valle del Cauca es media-baja. El 30 % no acceden a ningún nivel educativo y los que logran acceder difícilmente superan la primaria (42,7%). Asimismo, hay una alta deserción en secundaria (21,1 %) y un mínimo ingreso a educación superior (3,3%), aunque el acceso a esta última parece facilitarse para las personas con diversidad funcional que habita en estratos (4, 5 y 6) que son considerados altos (Política Pública Departamental de Discapacidad Valle del Cauca, 2019-2029).

Las brechas de acceso al sistema de salud y al sistema educativo hace necesario crear en el departamento líneas y programas que “promuevan el desarrollo económico y personal, así como la inclusión laboral de las personas con discapacidad y sus familias” (Política Pública Departamental de Discapacidad Valle del Cauca 2019-2029, p. 34). Sin embargo, esta tarea compete tanto al Gobierno del Valle del Cauca como a su población civil, su sector privado y su sector académico. Por tanto, es pertinente adoptar un enfoque intersectorial que permita ejecutar acciones articuladas entre diversos sectores para atender las necesidades y prevenir los problemas que afecten la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional.

Las brechas de acceso a la educación y el reconocimiento de múltiples talentos en niños, niñas y jóvenes con diversidad funcional que confluyen lugares culturales de la ciudad, inspiran la creación en Bellas Artes – Institución Universitaria del Valle al desarrollo de un proyecto de investigación que consolida el programa “Laboratorios de inclusión artística”, como una iniciativa que nace a través del semillero de investigación CREA.

Este semillero surge en el año 2016 como un grupo conformado por una docente y dos estudiantes de los programas de formación artística, quienes partiendo de varias experiencias de acercamiento a la población con discapacidad –o diversidad funcional

en acuerdo con el enfoque biopsicosocial– plantean la realización del proyecto piloto “Expresión corporal y sonora con población invidente”. Desde el año 2016 al 2018 se desarrollan experiencias de sensibilización, formación y creación tanto con niños, niñas y adolescentes como con adultos con diversidad funcional. Lo que permite comprender las barreras a la que esta población se enfrenta para acceder al goce de sus derechos culturales y que se visibiliza a través del ejercicio de construcción colectiva de la Política Pública Departamental de Discapacidad del Valle del Cauca.

Durante el transcurso del proceso de investigación se identifica que niños, niñas, jóvenes y adultos con diversidad funcional poseen habilidades artísticas que pueden ser desarrolladas a través de procesos de orientación y formación en artes, aplicando metodologías de enseñanza-aprendizaje con enfoque diferencial. También se identifican una serie de casos de personas con talentos artísticos que no encuentran opciones ni ofertas educativas donde puedan ser incluidos y desarrollar sus potenciales. Esta situación produce frustración entre los cuidadores. Al igual se evidencia la carencia en el acceso de esta población a la educación formal en artes debido a barreras socioeducativas, una de ellas es el déficit de pedagogos en artes o docentes de artes con conocimiento de estrategias metodológicas y psicosociales para la enseñanza a la población con diversidad funcional. Así como las creencias y los mitos que existe sobre estas personas, pues se cree que no pueden aprender e incluso que no poseen talentos. Por lo anterior el proyecto de inclusión artística transforma su pregunta de investigación de: ¿Se puede formar profesionalmente en artes a personas con diversidad funcional? a ¿cómo formar profesionales en artes para la atención educativa de personas con condiciones diversas de aprendizaje?

A partir de estas reflexiones y hallazgos se logra consolidar la asignatura de “Pedagogía y enfoque diferencial” acreditada dentro del programa de Licenciatura en Artes Escénicas. De esta manera, el programa “Laboratorios de inclusión artística” se consolida como un dispositivo de aprendizaje por medio del cual se generan procesos de enseñanza-aprendizaje en artes a personas con diversidad funcional a través de un sistema de formación a formadores y a profesionales de diversas áreas para la generación de procesos con enfoque diferencial. Actualmente, el equipo de trabajo de los laboratorios está integrado por docentes activos y monitores en artes formados con metodologías de atención en pedagogía con enfoque diferencial. De igual manera asisten estudiantes de otras universidades y programas educativos que fortalecen el desarrollo de procesos de investigación y estudios de caso para la construcción de estrategias que aporten a la construcción de inclusión sociocultural de las personas con diversidad funcional y sus familias.

Se crean así las condiciones para una articulación con el programa de Psicología de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali de la cual surge el proyecto psicoso-

cial “¡Cuidate cuidador!”, como una estrategia de apoyo psicosocial que busca fortalecer los procesos de inclusión de cuidadores de niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional, a la vez que se generan procesos de aprendizaje-servicio que prepara a los psicólogos en formación que cursan “Psicología comunitaria” para la promoción de la salud mental con un enfoque diferencial poblacional, territorial y psicosocial.

El apoyo psicosocial a cuidadores como camino para la inclusión

Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social (2018), el 92 % de las personas con diversidad funcional viven acompañados y el 34,3 % necesitan ayuda permanente por parte de un cuidador familiar o cuidador primario. Al tratarse de niños, niñas y adolescentes se puede suponer que hay una alta probabilidad de dependencia económica, comunicativa y de movilidad, además que se requiere un apoyo permanente para realizar tareas cotidianas. Generalmente las mujeres en su rol de madres, abuelas, tías o hermanas asumen las tareas de cuidado. Sin embargo, también hay familias donde los hombres asumen estas tareas.

En contextos como el Valle del Cauca, las tareas de cuidado se desarrollan en condiciones de alta desigualdad y al parecer las desigualdades socioeconómicas y de género se amplifican cuando se ejercen estas tareas. Esto afecta las condiciones en las que los cuidadores realizan su labor, incluyendo su acceso a la protección social, el derecho al reconocimiento de su labor y su inclusión laboral, entre otros (CEPAL, s.f.).

A pesar de que el debate sobre quién debe asumir la obligación principal del cuidado está abierto desde la década de 1990, y aunque se diseñó el llamado “diamante del cuidado” (UNRISD, 2007), según el cual esta tarea debe ser asumida por el Estado, el mercado, las ONG y la familia. En contextos como el del Valle del Cauca esta responsabilidad recae principalmente en la familia.

Aunque en Cali y el Valle del Cauca las familias nucleares y extensas se apoyan en las actividades de cuidado, en la actualidad se observa un debilitamiento de las redes de apoyo familiar, expresado principalmente en el incremento de divorcios y la doble responsabilidad de cuidar y sostener económicamente el hogar que pesa sobre cuidadores cabeza de familia. “La crisis del modelo de familia tradicional cuestiona las posibilidades de brindar cuidado y afecta particularmente a las mujeres como sus proveedoras” (Findling y López, 2015, p. 12).

Por tanto, se requiere reconocer que la tarea del cuidado y cómo la forma y las condiciones sociales en que se realiza, afectan el bienestar y la calidad de vida de quienes actúan como soporte físico, económico, afectivo, educativo y social de niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional. Los cuidadores familiares o cuidadores primarios no suelen recibir remuneración por su labor y esta labor no está regulada por marcos temporales que faciliten el descanso, ni por marcos normativos que garanticen una distribución equitativa de tareas entre diferentes familiares. Además, el valor de esta tarea es minimizado incluso por aquellos que lo ejercen, quienes son principalmente mujeres. Por ende, las tareas de cuidado pueden afectar la salud física y mental de cuidadores que no reciben apoyo para su labor.

Los problemas que afectan la salud física y mental de las personas que se dedican al cuidado son en gran medida efecto de la forma como evalúan la diversidad funcional de quienes están a su cuidado, además la manera como perciben el apoyo social también puede ser una fuente de estrés (Lam et al., 2003). Las madres cuidadoras de niños con diversidad funcional ven afectada su salud mental con más frecuencia que aquellas cuyos hijos tienen un desarrollo típico y tienen un mayor riesgo de depresión clínica (Crettenden et al., 2018). Las responsabilidades excepcionales del cuidado requieren que tanto padres y madres desarrollen habilidades –legales, médicas, educativas, terapéuticas, entre otras– que rebasan los roles maternos y paternos.

El apoyo psicosocial es una de las principales estrategias para prevenir los riesgos sobre la salud mental a los que están expuestos los cuidadores. Este apoyo puede brindarse de varias maneras. Primero, el apoyo emocional se basa en acciones que permitan que la persona que ejerce el rol de cuidado se sienta estimada, cuidada, aceptada y valorada; este tipo de apoyo eleva su autoestima y le ayuda a confiar en sus habilidades. Un segundo tipo de apoyo es el instrumental que implica recibir ayuda financiera o recursos materiales necesarios para el bienestar propio y de aquellos a quienes cuidan (Cohen y Wills, 1985). El tercer tipo de apoyo es el apoyo informativo que puede ser brindado por profesionales de la salud, por educadores o por personal capacitado para ello. Finalmente, el tercer tipo de apoyo es la compañía social, esté último puede ser provisto por la comunidad cuando se crean las condiciones para un óptimo proceso de inclusión social.

El interés por el bienestar del cuidador es considerado en el marco de la Política Pública Departamental de Discapacidad Valle del Cauca 2019-2029, específicamente en la línea de acción 2.4; de la que se desprenden programas que buscan la protección y atención de las familias y los cuidadores primarios de los niños, las niñas, los adolescentes y los adultos con discapacidad, así como fomentar sus redes de apoyo.

Bellas Artes – Institución Universitaria del Valle adopta un rol activo en la implementación de esta política pública. Sin embargo, apoyar biopsicosocialmente a los cuidadores es una tarea que requiere una alianza con profesionales de la salud que puedan reconocer los costos invisibles del cuidado para la salud y el bienestar del cuidador. De este modo se invita al programa de la psicología de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali a sumarse a esta iniciativa y articularse a los laboratorios de inclusión artística mediante el diseño e implementación de una estrategia de cuidado al cuidador. Surge así el proyecto psicosocial “¡Cuidate cuidador!”.

Primeros pasos. La construcción de un nicho para el desarrollo del proyecto psicosocial “¡Cuidate cuidador!”

Este proyecto psicosocial se desarrolla a partir del segundo semestre del año 2019, como resultado de la articulación entre el programa de “Laboratorios de inclusión artística” liderado por el semillero de investigación CREA del Instituto Departamental de Bellas Artes y el programa de Psicología de la USC, que pone en marcha actividades de proyección social con el apoyo de la docente y los estudiantes del teórico práctico de “Psicología comunitaria”.

Al inicio de la implementación de este proyecto se consideró que el apoyo psicosocial debía dirigirse a las personas con diversidad funcional. Sin embargo, pronto fue evidente que los cuidadores de estas personas requerían atención, pues demandaban escucha que les permitieran aliviar las cargas emocionales y el estrés asociado a las prácticas de cuidado. Por tanto, propone una estrategia de acompañamiento para cuidadores de niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional que asisten a los “Laboratorios de inclusión artística”, como una respuesta a esta necesidad identificada. Esta estrategia permitió identificar el interés de los cuidadores por contar con un espacio para escucharse mutuamente y gestionar el malestar que les provoca la sobrecarga de tareas, el persistente sentimiento de angustia y la sensación de aislamiento derivada de la falta de apoyo psicosocial.

Durante 2020 esta propuesta de acompañamiento se vio afectada por las medidas de aislamiento preventivo obligatorio decretadas por el Estado colombiano debido a la pandemia por COVID-19. El aislamiento preventivo obligatorio dificultó aún más el acceso de los cuidadores a personas, instituciones o programas capaces de brindarles apoyo psicosocial. En primer lugar, los cuidadores experimentaron la falta de apoyo

de la red familiar extensa a la que solo podían contactar telefónicamente. En segundo lugar, ante la contingencia se debilitaron los programas estatales que les brindaban apoyo y, en tercer lugar, los programas solidarios diseñados para la inclusión cerraron sus puertas, dejando a los cuidadores totalmente a cargo de aquellos niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional que dependen de ellos.

De este modo, fueron puestas en evidencia las dificultades de los cuidadores para diseñar actividades que permitieran a sus hijos con diversidad funcional sostener los logros alcanzados previamente en los procesos formativos de las escuelas o de programas como los laboratorios de inclusión de Bellas Artes. En medio de esta situación, los cuidadores manifiestan abiertamente su preocupación y sufrimiento emocional al observar que aumenta el riesgo de exclusión social para aquellos a quienes cuidan. La desesperación de los cuidadores ante el desconocimiento de alternativas para mantenerse en los programas de inclusión comenzó a tener efectos adversos sobre su salud y sobre la convivencia familiar. Experimentaron una sobrecarga de actividades al asumir, además de otras tareas diarias, la responsabilidad de orientar las actividades formativas de los niños y adolescentes que están bajo su cuidado y con ello sostener las condiciones de posibilidad para su inclusión social.

Ante esta situación, el proyecto “¡Cuídate cuidador!” se trazó como objetivo proporcionar estrategias de autocuidado para cuidadores. Las medidas de aislamiento preventivo obligatorio hicieron inviable la programación de encuentros presenciales con el grupo de participantes, sin embargo, el uso de las nuevas tecnologías para la comunicación (TIC) abrió la posibilidad de concertar espacios de encuentro remoto. Para que esto fuera posible, fue necesario instruir a los cuidadores sobre el uso de estas tecnologías. A través de encuentros telefónicos se les instruyó en el uso de WhatsApp y por este medio se les indicó cómo participar en videoconferencias. Una vez los cuidadores se familiarizaron con estas nuevas formas de comunicación se programaron encuentros psicoeducativos sobre autocuidado para cuidadores.

El primero de estos encuentros fue el foro “Cuidado al cuidador”. En este foro se puso en común el análisis sobre los efectos de la pandemia para los cuidadores. Este primer espacio de encuentro en medio del aislamiento permitió que los cuidadores expresaran sus emociones con relación a la sobrecarga experimentada y también posibilitó la articulación con cuidadores ubicados en ciudades intermedias del Valle del Cauca, donde son débiles o inexistentes los programas y proyectos que velan por la inclusión de personas en diversidad funcional. Estas intervenciones ponen de manifiesto la necesidad de escalar propuestas como los “Laboratorios de inclusión artística” y el proyecto “¡Cuídate cuidador!” para que sean accesibles en todo el departamento, e incluso a la región Pacífico colombiana.

Una vez creadas las condiciones para brindar a los cuidadores acompañamiento psicosocial mediado por tecnologías, se programaron sesiones semanales. A partir de los datos generados en el foro se identificó la angustia de los cuidadores frente a su futuro y el de los niños, niñas y adolescentes a su cuidado. Era, por tanto, prioritario que el cuidador pudiese sentir control sobre las situaciones de su vida cotidiana. Para ello el proyecto “¡Cuídate cuidador!” propuso brindar estrategias que apoyaran la organización de la vida diaria y planeó sesiones remotas semanales en las que se socializaron estrategias para gestionar el tiempo y dar manejo a la sensación de sobrecarga de actividades. También se realizaron actividades para regular el estrés, entre ellas se compartió la técnica de relajación progresiva de Jacobson. Asimismo, se dinamizaron conversaciones sobre proyecto de vida con el fin de gestionar la angustia ante el futuro generada por la pandemia COVID-19. Por último, se crearon piezas psicoeducativas que circularon por WhatsApp con las cuales se buscaba brindar información para la gestión de emociones y el manejo del estrés.

Sin embargo, la prolongación de las medidas de aislamiento preventivo no permitió un alivio de la sobrecarga de actividades domésticas que aquejaban a los cuidadores, quienes además de ocuparse del abastecimiento de víveres, la cocción de alimentos y el aseo en sus hogares, debían trabajar o estudiar, al tiempo que ejercían su rol como cuidadores de todos los miembros de su familia y específicamente del niño, niña o adolescente con diversidad funcional en muchos casos dependiente de él. Los cuidadores expresaron sus quejas por esta sobrecarga y al cansancio, agotamiento, dolor corporal y falta de sueño que ella conlleva, y se sumaron la desatención de las propias necesidades y el desinterés por realizar actividades que antes eran consideradas satisfactorias.

La necesidad de acompañamiento de los cuidadores implicó el diseño de una estrategia escalonada. A partir de las actividades grupales que se desarrollaron semanalmente se identificaron aquellos cuidadores afectados en su calidad de vida y se les propuso un acompañamiento semanal centrado en su grupo familiar y abierto a proporcionar espacios de escucha responsable de manera individual.

Durante el 2021 se flexibilizaron las medidas de aislamiento preventivo y fue posible planear algunos encuentros presenciales conservando los aforos recomendados, como parte de los protocolos de bioseguridad. Para favorecer el acceso de cuidadores a las actividades del proyecto “¡Cuídate cuidador!” se activaron dos espacios de acompañamiento de forma paralela. Uno de ellos ubicado en el Instituto Departamental de Bellas Artes y el otro en la Universidad Santiago de Cali. La presencialidad permitió a partir de talleres lúdico-reflexivos crear un escenario de confianza para que los cuidadores compartieran sus experiencias de cuidado y se brindarían apoyo mutuo. Los cuidadores expresaron su sentimiento de frustración por la falta de espacios para la interacción fuera del ámbito

del hogar de sus hijos, señalan que no socializan con su entorno y salen de casa estrictamente a lo necesario. Además, manifiestan que la preocupación que sienten por realizar bien sus tareas de cuidado los lleva a trabajar largas jornadas sin descansar de la manera adecuada, no dedicarse tiempo al cuidado de sí mismo, no dedicar el tiempo necesario a los demás integrantes de su familia y a una falta de preocupación por su salud tanto física como mental. Ante esta necesidad, se consideró prioritario que en los encuentros presenciales pactados se promovieran estrategias para mejorar el bienestar emocional de los cuidadores mediante el reconocimiento de las situaciones que generan frustración y los síntomas asociados a esta, así como de estrategias para tolerar la frustración.

En cuanto a la sensación de agotamiento emocional, se diseñaron talleres lúdico-reflexivos para facilitar entre los cuidadores la identificación de situaciones que les generan sobrecarga emocional; tales como: alta demanda de ayuda de la que requiere cuidado, las dificultades económicas, expectativas poco realistas sobre los efectos de sus cuidados, falta de control sobre situaciones cotidianas, entre otras. Asimismo se propone la identificación de emociones o sentimientos difíciles de gestionar y que afectan las relaciones con otros miembros de sus familias: entre ellos la fatiga, tristeza, sentimientos ambivalentes ante quien requiere cuidado, culpa, irritabilidad, reacciones exageradas ante las críticas, desesperanza, entre otros. Las conversaciones que se producen a medida que se desarrollan estos talleres lúdico-reflexivos permiten identificar que los cuidadores ven afectada su inclusión al mundo laboral, lo que a su vez dificulta el acceso a ingresos suficientes para cubrir sus necesidades y las de aquellos a quienes cuidan. Esta situación parece afectar más directamente a cuidadoras, pues las mujeres son las primeras en ser responsabilizadas del cuidado por su grupo familiar, al tiempo que reciben poco apoyo de este. Como efecto de esto las y los cuidadores experimentan un deterioro de su calidad de vida.

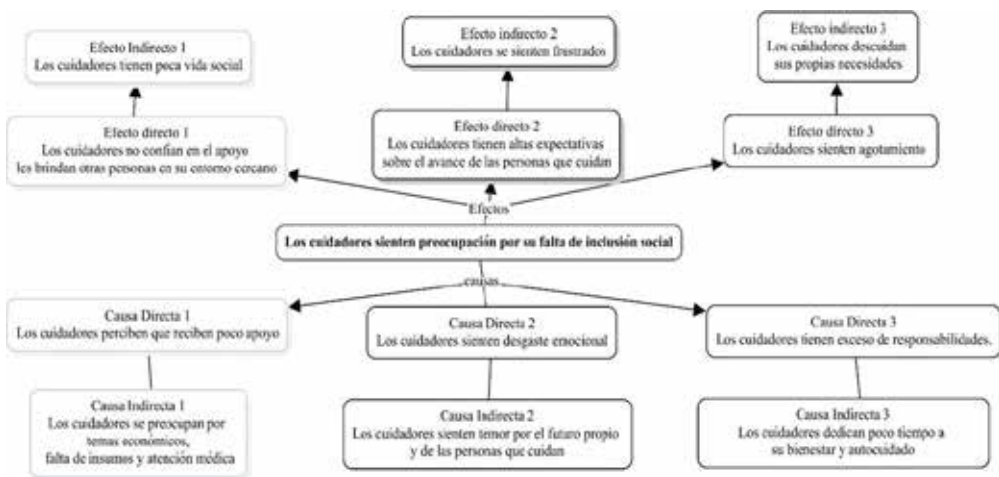
Nuevas expectativas. La reapertura de espacios presenciales y el fortalecimiento del proyecto psicosocial “¡Cuídate cuidador!”

Al inicio del año 2022, la flexibilización de las medidas de aislamiento preventivo obligatorio hizo posible un reencuadre estratégico del proyecto. Las posibilidades de ampliar la cobertura activando los “Laboratorios de inclusión artística” en tres locaciones paralelas: Bellas Artes – Institución Universitaria del Valle, la Biblioteca Departamental Jorge Garcés

Borrero y la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali. De este modo se convocaron nuevamente personas con diversidad funcional y cuidadores que demandaban incluirse en este programa. A esta convocatoria acudieron 26 familias en las cuales al menos uno de sus integrantes había sido diagnosticado con diversidad funcional y 5 familias en búsqueda de inclusión por condiciones diversas (migración, víctimas de conflicto armado, víctimas de violencia de género, pobreza extrema, entre otras). Una rápida caracterización de estas familias permitió identificar que los cuidadores que participan de esta nueva fase del proyecto “¡Cuídate cuidador!” tienen edades desde los 27 años a 61 años. El 84 % son mujeres y el 16 % son hombres. La mayoría (80,6%) de los cuidadores son los padres o madres de los niños, niñas y adolescentes en condiciones diversas. Sin embargo, también algunos hermanos (6,5%), tíos o tías (3,2%) o abuelos y abuelas (9,7%) adoptan este rol. El 93,5% de las familias que se vinculan a esta propuesta viven en zonas urbanas, y solo el 6,5% en zonas rurales. Este dato nos muestra que se requiere crear condiciones para acercar este tipo de programas y estrategias a la población rural.

Durante las sesiones preparatorias para la activación de los “Laboratorios de inclusión artística” y el proyecto psicosocial “¡Cuídate cuidador!” se analizan colectivamente los datos generados durante las actividades desarrolladas previamente en el proyecto y se consolida de forma participativa un árbol de problemas y un árbol de objetivos, que son la base para la formulación de un proyecto que se espera sea capaz articular a la sociedad civil, el Gobierno, la academia y la empresa privada, para operar a nivel departamental, así como para contribuir a la formulación y la implementación de políticas públicas para inclusión social de personas con diversidad funcional y sus cuidadores.

Figura 29. Árbol de problemas proyecto “¡Cuídate cuidador!”



Fuente: Tamayo y Torrealba (2022)

Se considera que las dificultades para la inclusión social que experimentan niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional se extienden a sus cuidadores, quienes a su vez perciben que el ejercicio de su rol acaba por aislarlos de personas, grupos, comunidades e instituciones que podrían brindarles apoyo, especialmente para afrontar situaciones como las que se presentaron durante la vigencia de las medidas de aislamiento preventivo por la pandemia de COVID-19. El poco apoyo recibido afecta su capacidad para adquirir los bienes necesarios, no solo para su manutención, sino también para los cuidados médicos de aquellos a quienes cuidan. Sin embargo, su sentido de responsabilidad ante el cuidado los lleva a desconfiar de que otras personas puedan realizar esta labor con la misma eficacia que ellos, por tanto, se les dificulta delegar tareas, lo que a su vez les deja sin tiempo para su vida social.

El desgaste emocional asociado a la incertidumbre frente al futuro propio y de aquellos a quienes cuidan los lleva a buscar en espacios como los laboratorios de inclusión vías de desarrollo educativo que eventualmente permitan a niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional tener una vida independiente.

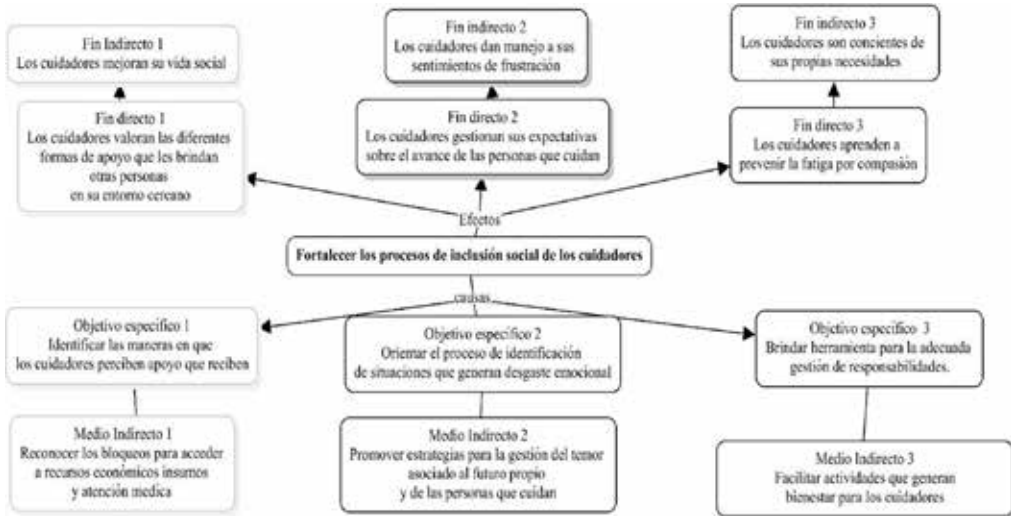
Sin embargo, estas expectativas pueden verse frustradas pues no en todos los casos es posible el alcance de esta meta, hay diversidades funcionales que se mantienen a lo largo de todo el ciclo de la vida y el reconocimiento de esto genera preocupación para cuidadores cuyas redes de apoyo son débiles y la dificultad de sostenibilidad y garantías de permanencia de los programas incrementa el nivel de incertidumbre.

Una vez focalizados estos problemas se procedió a elaborar participativamente el árbol de objetivos.

Esta situación lleva al cuidador a sentirse responsable de la vida y bienestar de aquellos a quienes cuidan, al punto de dejar en segundo plano su bienestar y autocuidado, esto tiene como efecto que los cuidadores se sientan agotados y descuiden sus propias necesidades.



Figura 30. Árbol de problemas proyecto “¡Cuídate cuidador!”



Fuente: Tamayo y Torrealba (2022)

El fortalecimiento de los procesos de inclusión social de los cuidadores se torna en el objetivo general de este proyecto. Para ello es necesario identificar con los cuidadores la percepción que tienen sobre el apoyo que reciben y de esta manera, posibilitar la valoración de las diferentes formas como otros miembros de la familia o las instituciones y programas buscan ayudar al cuidador. A esta valoración le sigue la identificación de aquello que puede esperarse de otros miembros de la familia y la gestión de las expectativas sobre los aportes de la comunidad, la sociedad en general y el Estado para el cuidado de niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional. Se espera que este proceso de identificación, valoración y gestión de expectativas posibilite al cuidador comprender la importancia de la relación con otras personas diferentes a aquellos a quienes cuidan y de esa manera mejorar su vida social.

Un segundo objetivo del proyecto psicosocial “¡Cuídate cuidador!” es orientar el proceso de identificación de situaciones que generan desgaste emocional. Para ello es pertinente promover estrategias para la gestión del temor asociado al futuro propio y de las personas a las que se cuida. Se considera el temor como una emoción que genera estrés en el cuidador y lo lleva a un sobre esfuerzo o a presionar los avances en el proceso de inclusión social de niños, niñas y adolescentes a su cuidado. Sin embargo, la gestión de expectativas sobre estos avances y el aprendizaje sobre manejo de emociones asociadas a la frustración contribuye a centrar la acción de cuidado en el aquí y ahora; además, se abre la posibilidad de valorar cada logro en inclusión por pequeño que parezca.

Un tercer objetivo de este proyecto es brindar herramientas para la adecuada gestión de responsabilidades. Es decir, acompañar al cuidador en el proceso de discriminar aquello de lo que puede o no puede hacerse cargo y gestionar sentimientos de culpa que suelen asociarse a usar el derecho de cuidar de sí mismo y permitirse actividades que le generen bienestar con el propósito de evitar el llamado *síndrome del cuidador* o la *fatiga por compasión* que, asimismo, puede conducir al *burnout* en los cuidadores.

A partir de este árbol de problemas se plantean tres componentes para el proyecto: apoyo social, gestión de emociones y autocuidado. Durante el año 2022 se realizaron actividades ligadas a estos tres componentes y se evaluó cualitativamente el efecto de estas actividades en lo cuidadores.

Para el diseño de actividades se realiza un plan de acción que toma en cuenta la manera como estas aportan a la implementación de la Política Pública Departamental de Discapacidad en el Valle del Cauca y cómo puede medirse este aporte a través de indicadores de impacto cualitativos y cuantitativos (Cohen y Martínez, 2002; Di Virgilio y Solano, 2012).

Tabla 26. Resumen plan de acción proyecto psicosocial “¡Cuídate cuidador!”

Aportes a la Política Pública Departamental de Discapacidad Valle del Cauca 2019-2029	Propuesta programa de Psicología de la USC en articulación con Bellas Artes	Componente	Actividades	Indicadores de impacto
2.4 Líneas de acción para familia y cuidadores de personas con discapacidad. 2.4.1 Protección y atención a las familias y los cuidadores primarios de los niños, las niñas, los adolescentes y los adultos con discapacidad. 2.4.2. Fomentar las redes de apoyo social a las familias y los cuidadores de las personas con discapacidad.	Proyecto psicosocial “¡Cuídate cuidador!”	Apoyo social	Consolidación de un grupo de apoyo mutuo. Campaña para la valoración del rol de cuidador. Análisis de redes de apoyo.	Cobertura (total participantes). Proceso (actividades realizadas). Producto (resultados de los servicios prestados).
		Gestión de emociones	Talleres lúdico-reflexivos sobre gestión emocional.	Resultado (alcance de objetivos).
		Autocuidado	Acompañamiento para la construcción de proyecto de vida.	Resultado (alcance de objetivos).

Avances durante el pilotaje del proyecto psicosocial “¡Cuídate cuidador!”, junio 2022

El proyecto psicosocial “¡Cuídate cuidador!” crea espacios de encuentro que son percibidos como agradables por los cuidadores. Algunos de ellos manifiestan abiertamente el bienestar que se genera al poder integrarse con personas dispuestas a contribuir con procesos de inclusión social y con otras personas que viven situaciones similares a las suyas.

Las actividades vinculadas al componente de apoyo social contribuyeron a la identificación de las redes de apoyo de los cuidadores. Cuando se cuida a niños, niñas o adolescentes con diversidad funcional, el apoyo mutuo entre los padres es considerado fundamental. Sin embargo, algunos cuidadores sienten que el apoyo de sus cónyuges es escaso, en muchos la tarea de cuidado recae sobre la madre: “Mi esposo no me ayuda en nada, todo me toca a mí” (Participantes proyecto “¡Cuídate cuidador!”, 2022). Las tareas asociadas al cuidado son múltiples, algunas de ellas se realizan al interior del hogar, pero también hay tareas que requieren aprender a gestionar recursos del sistema de salud: “Mis días se basan en llevar a Rudy a terapia o pedir citas para ella o reclamar medicamentos... uno se cansa, a pesar de que no duermo bien, recupero cada día la esperanza” (Participantes proyecto “¡Cuídate cuidador!”, 2022).

Los cuidadores manifiestan que el sistema educativo es uno de los puntos débiles en su red de apoyo social. Consideran que la inclusión educativa de niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional es precaria: “En la parte de la inclusión a los niños con discapacidad en la educación sí están muy quedados” (Participantes proyecto “¡Cuídate cuidador!”, 2022). Aunado a esto, los mismos cuidadores han experimentado dificultades para incluirse en los procesos escolares debido a sus condiciones de vulnerabilidad: “Yo no sé leer ni escribir. Me da mucha pena hablar en público porque solo hice hasta segundo de primaria por ser víctima de abuso de parte de un tío” (Participantes proyecto “¡Cuídate cuidador!”, 2022). Incluso algunos cuidadores también tienen diagnósticos que los ubican en el grupo poblacional de personas con diversidad funcional: “Soy la mamá de Marcela, ella tiene una discapacidad cognitiva leve, las cosas se complicaron hace unos años porque yo quedé ciega un tiempo, pero gracias a Dios pude recuperar un poco mi vista” (Participantes proyecto “¡Cuídate cuidador!”, 2022). Valoran el apoyo que reciben de entidades como Bellas Artes y por ello se esmeran en que sus hijos acudan a los programas de inclusión semanalmente. Asimismo, manifiestan su deseo de vincular a otros parientes al programa “¡Cuídate cuidador!”.

Por medio de las actividades vinculadas al componente de gestión de emociones los cuidadores lograron sostener conversaciones significativas sobre situaciones vitales que les generaban cargas emocionales. El compartir voluntariamente sus sentimientos facilitó el desahogo y el reconocimiento de la similitud entre las situaciones de vidas por unos y otros: “Yo también me siento, así como doña Lucy”; “Esto me ayuda a desahogarme”; “Es agradable saber cómo me siento” (Participantes proyecto “¡Cuídate cuidador!”, 2022).

La creación de un espacio confiable para expresar sentimientos como la angustia tuvo por efecto un fortalecimiento de la empatía entre cuidadores, esto contribuyó a que pudiesen compartir abiertamente sus vivencias e identificar experiencias comunes: “Es difícil para mí recordarlo, pero ahora que me puedo desahogar me siento un poco mejor” (Participantes proyecto “¡Cuídate cuidador!”, 2022). La dificultad para gestionar las propias emociones afecta a los cuidadores quienes manifiestan que continuamente se sienten cansados y tienen dificultades para concentrarse, se enfadan fácilmente o hay desinterés por asuntos que no tienen una relación directa con las prácticas de cuidado.

El componente de autocuidado se desarrolló mediante actividades que aportaron al grupo de personas cuidadoras conocimientos sobre la gestión de responsabilidades y la importancia de dedicar tiempo para su autocuidado y bienestar. Aprender a distribuir las tareas del hogar entre los miembros de la familia parece una tarea sencilla, sin embargo, requiere un cambio de hábitos que afecta la dinámica del sistema familiar.

En ocasiones el exceso de responsabilidades asociadas al cuidado dificulta al cuidador seguir adelante con sus proyectos de vida: “Yo trabajaba, pero renuncié para poder cuidar al niño”. Incluso afecta la posibilidad de realizar tareas recreativas: “No puedo ver nada de lo que me gusta (en televisión) por falta de apoyo en los cuidados de mi hijo”. Reconoce que el exceso de responsabilidades es agotador y que planificar sus tareas haría su vida cotidiana más fácil, pero al mismo tiempo se sienten impotentes frente a tareas que surgen intempestivamente. “Son muchas tareas, me voy a cambiar el nombre a ‘Soyla’: soy la que lava, soy la que trapea, soy la que cocina, etc.” (Participantes proyecto “¡Cuídate cuidador!”, 2022). Sin embargo, algunos cuidadores rechazan el apoyo que se les brinda y apartan a las personas que podrían prestarles su ayuda, pues no confían en que otros puedan realizar las tareas con la misma eficiencia que ellos: “Muchas veces uno ignora las manos tendidas por desconfianza” (Participantes proyecto “¡Cuídate cuidador!”, 2022).

La angustia frente a la incertidumbre sobre el futuro de aquellos que necesitan cuidado permanentemente refuerza en los cuidadores la idea de que son indispensables: “Que sería de mi hijo si yo no estoy, él depende mucho de mí” (Participantes proyecto “¡Cuídate-cuidador!”, 2022). Sin embargo, esto puede generar tensiones, pues el deseo

de llevar una vida independiente se manifiesta en muchas personas que requieren cuidados y genera en algunos cuidadores angustia al no comprender cómo *soltar* de un modo seguro a los adolescentes que requieren cuidado: “Mi hija necesita entender que tener 18 años no es coger el mundo, ella siempre va a necesitar de mí” (Participantes proyecto “¡Cuídate cuidador!”, 2022).

Conclusión

El proyecto psicosocial “¡Cuídate cuidador!” del programa de Psicología de la Universidad Santiago de Cali, en articulación con los “Laboratorios de inclusión artística” de Bellas Artes – Institución Universitaria del Valle, son la manifestación del deseo en el sector académico de ejercer un rol activo en la implementación de políticas públicas encaminadas a solucionar problemas sociales a través del desarrollo de capacidades y de la superación de vulnerabilidades. En este caso, de las personas que asumen el rol del cuidado de niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional.

Este proyecto se lleva gracias a la participación de los cuidadores, sus familias y de las comunidades universitarias de las instituciones que en él participan. Se fundamenta en el compromiso con la promoción del bienestar de todos y todas en todas las edades como parte de las acciones colectivas necesarias para el alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Para los cuidadores que participan en este proyecto, el alcance de estos objetivos representa la ampliación de oportunidades para que niños, niñas, adolescentes y también adultos con diversidad funcional desplieguen su potencial humano tanto física como mentalmente. En este marco los propios cuidadores requieren de apoyo para superar las brechas que han obstaculizado tanto el proceso de inclusión social de las personas a su cuidado como el suyo propio.

Se espera que a medida que este proyecto crezca por medio de la ampliación de su cobertura y del diseño de actividades cada vez más pertinentes, los propios cuidadores se perciban a sí mismas como personas capaces de promover cambios sistémicos que garanticen mejores condiciones de vida para la población con diversidad funcional y para quienes cuidan de ellos.

De la misma forma, este proyecto permite visibilizar la necesidad de formar profesionales en psicología capaces de realizar acciones con enfoque psicosocial y diferencial poblacional-territorial. Estos enfoques contribuyen al abordaje integral de personas con diversidad funcional y sus familias. En particular esta experiencia permite visonar

caminos donde la psicología es una necesidad sentida en las personas con diversidad funcional (cognitiva, auditiva y visual), comprender que estas personas requieren profesionales que reconozcan sus necesidades y que posibiliten estrategias y herramientas de intervención acordes con las problemáticas con las cuales tiene que aprender a convivir en medio de un sistema que no está adaptado y que, aunque piensa la idea de la inclusión, carece de conocimientos y metodologías para implementarla.

Profesionales en psicología capaces de promover la salud mental con enfoque psicosocial y diferencial poblacional-territorial pueden contribuir al bienestar de personas que, aunque tengan los elementos psicológicos para ser resilientes experimentan dificultades para superar situaciones de exclusión, pues las barreras que les mantienen en una condición de discapacidad van más allá de sus recursos psicológicos y son la manifestación de una sociedad que los invisibiliza y que se niega a reconocer y aceptar la diversidad como una condición humana.

Son muchos los retos que en el futuro probarán la sostenibilidad de este proyecto; es fundamental que las estrategias y los programas que atiendan las necesidades de esta población se desarrollen interinstitucionalmente para que cuenten con la participación de diversos sectores (salud, educación, recreación, cultura, económico). El trabajo articulado permite que las personas con diversidad funcional y sus cuidadores puedan sentirse incluidas socialmente. Para fortalecer a los cuidadores es necesario ofertar alternativas educativas para las personas con diversidad que dependen de sus cuidados; así como posibilidades laborales y económicas que les permitan generar ingresos para cubrir sus gastos. Aunado a esto, contar con calidad en servicios de atención en salud y entre ellos, atención en salud mental en niveles primarios, secundarios y terciarios son parte de las garantías necesarias para que la tarea del cuidador se realice en un marco que permita la calidad de vida.

El pilotaje realizado hasta el momento muestra que hay una población que requiere con urgencia este tipo de propuestas. Hasta junio de 2022 los cuidadores participantes residían en su mayoría en la ciudad de Cali. Por tanto, es necesario construir las condiciones para el escalamiento de este proyecto que emerge en la academia y suma a la tarea colectiva de implementación de la Política Pública Departamental de Discapacidad del Valle del Cauca. Se espera que al escalar sea posible apoyar a cuidadores que residen en otras ciudades del departamento del Valle y en sus zonas rurales.

Este proyecto piloto es una oportunidad para abrir caminos de innovación social que permitan llevar al territorio la implementación de la política pública actual. Así como realizar un ejercicio real de impacto positivo que con una articulación interinstitucional y con el apoyo y reconocimiento de los organismos estatales logre consolidar un dispositivo de inclusión integral para las personas con diversidad funcional y sus familias.

Referencias

- Cohen, E. y Martínez, R. (2002). *Manual. Formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales*. CEPAL.
- Cohen, S. y Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (s.f.). *Sobre el cuidado y las políticas de cuidado*. CEPAL.
- Crettenden, A., Lam, J. y Denson, L. (2018). Grandparent support of mothers caring for a child with a disability: Impacts for maternal mental health. *Research in Developmental Disabilities*, (76), 35-45.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2010). *Discapacidad. Estadísticas por tema / salud*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/discapacidad>
- Di Virgilio, M. y Solano, R. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Fundación CIPPEC.
- Findling, L. y López, E. (2015). *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. Biblos.
- Gobernación del Valle del Cauca, Secretaría de Desarrollo Social y Participación, y Fundación Carvajal. (2019). *Política Pública Departamental de Discapacidad Valle del Cauca 2019-2029*. <https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=viewpdf&id=31927>
- Lam, D., Giles, A. y Lavander, A. (2003). Carers' expressed emotion, appraisal of behavioural problems and stress in children attending schools for learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 47(6), 456-463.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad - RLCPD*. MinSalud. <https://minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx>
- Palacios, A. y Romanach, J. (2006). *El modelo de la diversidad: la bioética y los derechos humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Diversitas-AIES.
- UNRISD. (2007). *Cuál es la importancia del cuidado para el desarrollo social*. www.unrisd.org/research/gd/care



Capítulo 9

Apuesta de intervención para la construcción de redes solidarias en el municipio de Palmira-Valle, Colombia



Eliana Gisela Henao Holguín²⁹

Yulia Andrea Botero³⁰

29 Psicóloga, Universidad del Valle – Palmira. Correo: henao.eliana@correounivalle.edu.co

30 Psicóloga. Magíster en investigación. Candidata a Doctor en Psicología. Investigadora del grupo Pedagogía y Desarrollo Humano, de la Universidad Pontificia Bolivariana.
Correo: yulibotero@hotmail.com

Aproximación inicial. Redes solidarias, la apuesta en el fortalecimiento del desarrollo comunitario

A modo de introducción

Abordar el proceso de construcción de redes solidarias como una apuesta de intervención comunitaria resulta ser una propuesta significativa pues representa una estrategia organizativa para los territorios que propende por la articulación y el relacionamiento de forma singular, propiciando la vinculación de diferentes personas o comunidades que trabajan para solventar una problemática o un mismo eje temático, para que puedan de manera conjunta trabajar por un objetivo común; Lo que, genera un impacto positivo para la población dado que permite que se establezcan como agentes activos de su devenir, pero además que al atender a sus problemáticas puedan encontrar apoyo en la experiencia de otros pobladores que comparten estos intereses. En otras palabras, el espacio que genera la red no solo propicia nuevas interacciones, sino que estimula el ejercicio colectivo, reconociendo las potencialidades que como líderes poseen y que potencian al compartir y colaborar por el bienestar de toda la comunidad. Esta propuesta por supuesto fortalece la participación en los territorios, adaptándose a los contextos específicos y resolviendo conflictos de manera autónoma.

El trabajo en red se extrapola a diferentes ámbitos donde con frecuencia fortalece y potencia los procesos, evidenciando la importancia del trabajo en colectivo. Por ende, desde la orientación psicológica, apoyar estos procesos resulta ser una experiencia muy enriquecedora pues implica relacionarse de manera asertiva con las comunidades, realizando un abordaje de las problemáticas de manera situada y diferencial con cada comunidad y comprendiendo las dinámicas de construcción del tejido social. Adicionalmente, el ejercicio permite incidir en los procesos de participación comunitaria, fortaleciendo el tejido social de las comunidades, de manera que se creen o promuevan lazos fuertes que los vinculen y que mantengan un fin común por el cual luchar y con el cual se identifiquen todos. De esta forma estarán en capacidad para identificar sus necesidades comunes y buscar así soluciones o estrategias de desarrollo. Así mismo, movilizar a la población, empoderarla y capacitarla para que sigan como comunidad, construyendo, alzando su voz, fomentando su pensamiento crítico y reflexivo y trabajando de manera analítica y conjunta en pro de mejorar su calidad de vida. Lograr su autorrealización y crear esquemas participativos sostenibles en el tiempo, requiere que se trabaje de manera directa múltiples componentes de la psicología social.

El presente proyecto se desarrolló en el marco del proceso de práctica profesional, realizado en la Secretaría de Participación Comunitaria, haciendo parte del *procedimiento de gestión territorial* en el cual se promueve la participación ciudadana para que incida en la transformación de los territorios, su desarrollo local y la construcción de tejido social. La institución a lo largo de su labor a nivel comunitario y su trabajo constante en las diferentes comunas y juntas de acción comunal, ha podido visualizar cómo las poblaciones intentan resolver problemáticas locales que les aquejan o fortalecer sus comunidades en torno a diferentes aspectos, desde sus propios entornos y particularidades, todo con el fin de obtener desarrollo local y afianzar sus posibilidades. En este proceso se destaca que algunas de las temáticas que se trabajan refieren al cuidado del medio ambiente, la construcción de paz y el liderazgo femenino, los cuales resultan ser aspectos de gran relevancia en la actualidad y en el día a día de las comunidades. Sin embargo, es claro que este trabajo solo tiene incidencia en sus comunidades directas, y se trabaja de manera aislada, lo cual representa limitaciones en cuanto a la trascendencia y potencialidad que podría tener. Además, son necesidades tan frecuentes que es muy probable que muchas personas estén trabajando en subsanarlas y que al unir sus ideas podrían apoyarse en el desarrollo de estrategias más viables y significativas en sus comunidades. De acuerdo con el diagnóstico, se plantea el siguiente árbol de problemas:

Figura 31. Árbol de problemas



Fuente: Elaboración propia.

En este sentido, implementar una estrategia que pueda consolidar vínculos entre comunidades que son afectadas o que trabajan en torno a un mismo tema podría ayudar a que sus intervenciones generen mayor impacto, al establecerse un intercambio de conocimiento y experiencias, y así satisfacer esas necesidades comunes mediante la interacción, construyendo un agenciamiento colectivo que les permite mejoras puntuales en sus condiciones de vida.

En este orden de ideas, el objetivo primordial del presente proyecto fue contribuir en la conformación y fortalecimiento de redes solidarias en pro de la construcción colectiva y el desarrollo local. Para lo cual se buscó promover la participación activa de las comunidades en la construcción de redes solidarias que generen desarrollo local; apoyar el proceso de construcción del tejido social de la red solidaria y propiciar el desarrollo de capacidades que garanticen la continuidad de las redes y su incidencia en la población; siendo esta una alternativa de intervención viable donde se consoliden verdaderas redes, entendiendo estas como “un espacio de trabajo donde se establecen relaciones e intercambios en múltiples direcciones, se potencia el intercambio y se comparten experiencias, generando un tejido humano que promueve la participación no jerárquica”(Delgado, 2003, p. 6). Es importante reconocer que el desarrollo del proyecto estuvo anudado a algunas limitaciones a nivel institucional como la programación, disposición de tiempo, la situación actual de pandemia por COVID-19 y el marco de paro nacional que se vivió en Colombia en el año 2021, para el momento de ejecución de la acción de intervención.

Miradas de lo comunitario sobre las redes solidarias

El proceso de intervención en este caso está enmarcado por la psicología con enfoque social, al ser un campo que permite abordar los procesos de interacción social, explicando el comportamiento de los individuos en situaciones sociales, pero además porque intenta responder a las problemáticas que emergen en entornos sociales, de manera situada, diferencial y teniendo en cuenta aspectos históricos; Además “de enfrentar la realidad del subdesarrollo, los efectos que producía sobre las personas y sobre las relaciones que establecían, enfocando de manera directa la cuestión del poder y las posibilidades de transformación de las situaciones de desigualdad e injusticia” (Robertazzi, 2011, p. 2), de tal forma que los individuos busquen generar esos cambios en su ambiente social.

Es importante tomar como punto de partida la idea de red, entendiendo que la conformación de redes solidarias es el centro del proceso de intervención, y por ende son el

marco en el cual se instauran otros procesos para su desarrollo. Es crucial comprender que al hablar de red existen múltiples planteamientos, que refieren a la forma como las redes han permitido leer diversos fenómenos sociales, y han aportado a las dinámicas comunales y poblacionales. En este sentido, con frecuencia es vista únicamente en relación a su capacidad de prestar apoyo y ayuda, refiriéndose a un conjunto de personas que están en torno a un individuo y que le brindan una serie de aportes principalmente emocionales. De manera similar Villalba (1993) ubica las redes sociales en el mesosistema definido por Bronfenbrenner en su teoría ecosistémica planteando que se formarían a partir de las interconexiones de los distintos microsistemas (familia, vecinos, amigos, compañeros de trabajo...), y, por ende, permite entender cómo esas interacciones entre los microsistemas de las personas terminan funcionando como redes de apoyo social.

No obstante, apelar a la palabra “red” conlleva a pensar en modos de relación, en procesos de interacción, y, principalmente, en diversidad de actores. Lo cual también le da centralidad a las razones por las cuales se congregan dichos actores o conforman estas redes. De modo que “la red es producto de una visión compartida de los tejedores donde cada uno expone su visión particular y su interés y ésta no es independiente de sus miembros” (Delgado, 2003, p. 6). Es decir, que se consolida mediante la identificación de unos objetivos comunes, que dirigen su accionar y, por ende, da cuenta de cómo mediante la interacción entre la persona con su ambiente de manera consciente y activa se puede conllevar a verdaderos procesos de transformación social; siendo este el enfoque que mejor se adecua a los intereses del presente proyecto.

De manera concreta, este enfoque de red implica “la participación y el redescubrimiento de actores sociales que rompen con la dependencia única del Estado como eje de sostenimiento de la estructura societal y la reconstrucción de la sociedad mediante encuentros transversales y de reconocimiento al otro” (Delgado, 2003, p. 5). En otras palabras, estas redes desempeñan un papel fundamental dado que a menudo ante situaciones problemáticas, conflictos o necesidades se considera a los equipos de profesionales o instituciones como quienes pueden y deben atender y buscar soluciones a esas carencias, sin embargo, al hacer parte de la red, los sujetos se posicionan como agentes de cambio, con la capacidad de determinar el rumbo de su porvenir, de buscar respuesta o el apoyo necesario y así reparar las problemáticas que estén presentando, atendiendo a que su objetivo se enmarca en el bien común y el desarrollo comunitario; entendiendo además que la red se encuentra en el marco de los referentes socioculturales de sus contextos inmediatos y así mismo responde a sus demandas particulares. En este sentido, como enuncia Delgado (2003):

“La propuesta de redes de participación comunitaria para el desarrollo local, sustentada en la cooperación, la coordinación y la competencia, se hace más pertinente cuando se trata de promover el desarrollo local a partir de las potencialidades particulares y acervos culturales singulares de la localidad considerada”. (p. 5)

Es necesario enfatizar en que, al responder a diferentes motivos, y contextos, las redes tienen estructuras, funcionamientos y convicciones diversas, lo cual hace mucho más enriquecedor su consolidación mediante los procesos de intervención comunitaria, que permiten este entramado de actores involucrados en la búsqueda de resolución y prevención de problemáticas y necesidades a nivel social. Esto último lleva a pensar en la existencia de lazos o vínculos entre estos actores conformando así un verdadero tejido social al interior de la red, entendiendo este como el “sostén de las relaciones en comunidad” (Téllez, 2010, p. 13) a partir de lo cual emerge esa relevancia y preocupación por fortalecer las relaciones que median esta interacción. Entendiendo también que los unen el contexto común y las problemáticas que de ahí emergen, es decir, por su interés en su territorio, y que en este territorio que habitan se pueda dar un verdadero reconocimiento de los actores que en él se encuentran y que trabajan por un mismo devenir. En este sentido, como enuncia, Téllez (2010):

“La construcción de tejido social no puede pensarse si no situada en el territorio. Es por esta razón que la convivencia también involucra el manejo y apropiación de los espacios físicos y simbólicos para dar lugar a las distintas ideas de sociedad”. (p. 11)

Por ende, se resalta la importancia de que se afiance la construcción del tejido social de la red, fortaleciendo los vínculos, la identidad y el sentido de pertenencia de los miembros de la red, basado en las particularidades de su territorio para garantizar la continuidad de sus procesos de manera conjunta. Lo cual está ligado a lo que Gómez (2016) denomina como “efecto red”, relacionado a la conciencia de unidad frente a un problema. Según Dabas (Citado en Gómez, 2016), “el efecto red es la creación permanente de respuestas novedosas y creativas para satisfacer las necesidades de la red de manera sólida y autogestora” (p. 58).

En esta misma línea, además del efecto red, es importante tener en cuenta el protagonismo que toman los procesos de participación comunitaria en estas redes, dado que los actores adquieren un rol mucho más significativo, puesto que no solo han identificado las necesidades de su entorno próximo, sino que además se encuentra en busca de transformación social. Y por ende, es posible promover estos procesos de cambio en la comunidad mediante la participación comunitaria, pues las personas adquieren compromiso al sentirse identificadas con un fin social, siendo agentes activos de la transformación de su entorno y su devenir y donde encuentran alternativas para lograr

su desarrollo. No obstante, se debe tener en cuenta que, cuando se habla de participación es posible identificar diversos niveles de esta, desde una nula participación, la simple presencia de la población o un verdadero ejercicio de poder e incidencia. Por tanto, como enuncian Arce y Valencia (2007): “Nuestro rol es promover una participación de calidad. Es decir, favorecer que se tomen las mejores decisiones. Si no tomamos en cuenta este aspecto podríamos caer en una participación ingenua” (p. 206). De modo que, habría que cuestionar con frecuencia si realmente la población está ejerciendo una participación eficaz y favorecedora, donde no solo se den “opiniones”, sino que realmente se realicen procesos de análisis donde se reflexione sobre las dinámicas sociales, las necesidades y estrategias para atender a las demandas de todos, procurando garantizar una verdadera participación de calidad.

Del mismo modo, se debe mencionar que hay otros elementos que desempeñan un papel importante en las redes y que impulsan los procesos de participación, y que se complementan mutuamente, como lo son el *empoderamiento* y el *liderazgo*. Estos, facilitan la incidencia de los actores y el impacto que se pueda generar ante las problemáticas.

El liderazgo, con frecuencia surge “ante circunstancias que afectan a la comunidad y se hace necesario actuar con mayor o menor urgencia” (Montero, 2003, p. 94). Lo cual en parte da pie a la conformación de las redes, pues claramente priman los intereses colectivos sobre los individuales y se busca obtener beneficios para la comunidad, por lo cual el liderazgo al generar un papel protagónico afianza los procesos de cambio y desarrollo social.

En lo que respecta al empoderamiento, entra a desempeñar un papel central porque facilita no solo la participación, sino también porque permite que se genere el pensamiento crítico, el reconocimiento de sus potencialidades y las herramientas para ampliar sus capacidades. Está asociado a la confianza, y algo muy importante que apoya la idea de este proyecto es que “los procesos de empoderamiento en este nivel del agregado social, serían procesos de gestión colectiva comunal, la formulación de propuestas y logro de metas, procesos de toma de decisiones, y capacitación en función de objetivos colectivos comunales” (Silva y Martínez, 2004, p.10). De modo que, permite o propicia la conformación de redes de actores que atiendan a mejoras en su calidad de vida, mediante acciones conjuntas.

En suma, esto permite hacer visible la importancia de que el ejercicio psicológico apoye los procesos de participación, de empoderamiento, liderazgo social y el fortalecimiento de habilidades en la población, propiciando la construcción de lazos comunitarios. De forma que como colectividad se busque el desarrollo conjunto, proporcionando a su vez oportunidades sociales, ambientales y plenos derechos ciudadanos, permitiendo así la transformación social.

Proyección metodológica para la intervención en redes solidarias, hilando tejido social

Para el desarrollo del proyecto se estableció una primera etapa de caracterización que permitió identificar las redes en el territorio o los liderazgos que se pudieran articular para trabajar de manera colectiva. Así mismo, durante esta etapa también se identificaron las necesidades de las redes rastreadas para proyectar la intervención. Posteriormente, se pasó a la etapa de fortalecimiento del tejido de las redes, donde se realizó la identificación de necesidades de manera conjunta, ejercicios de reconocimiento mutuo y el establecimiento de objetivos comunes. Lo que permitió tener una visión situada desde el territorio y un reconocimiento de los actores, propiciando el fortalecimiento de vínculos. La tercera etapa corresponde al afianzamiento de las capacidades de la red, donde se llevan a cabo talleres orientados a las temáticas priorizadas, de acuerdo con las necesidades buscando que se garanticen la continuidad de las redes y su incidencia en la población. La última etapa corresponde al seguimiento, donde se dio la sistematización de experiencias y se realizó la proyección del ejercicio.

Acciones diagnósticas, “aproximándonos a la realidad desde sus actores”

Para llevar a cabo el proceso de caracterización de las redes se emplearon tres instrumentos; en primera medida, se desarrolló una encuesta que responde a la caracterización de los integrantes o actores que hacen parte de las redes, la cual permite indagar por problemáticas o temáticas de mayor relevancia, en las cuales se enfoca la población para identificar puntos comunes que son claves para la integración de las redes. Después, se llevaron a cabo entrevistas semi estructuradas con integrantes o líderes de las redes que permite profundizar en las expectativas, acciones, objetivos y estado actual de cada red; suministrando información que podrá ser consolidada en el formato de la red. Finalmente, se construyó un formato de caracterización el cual permite tener una síntesis que dé cuenta de la realidad de cada una de las redes, respondiendo a aspectos como la problemática o el tema de interés que aborda, la razón por la cual emerge la red, objetivos e intereses comunes, datos de los participantes, ubicación geográfica, características sociodemográficas y la construcción de una matriz DOFA que es clave para la proyección del plan de acción.

Desarrollo etapas de intervención: paso a paso entrelazando visiones y tejido social

Primera etapa: caracterización

Se caracterizaron cuatro redes, a través de la implementación de los instrumentos diseñados y el posterior análisis contextual de la comunidad o red. El proceso de entrevista se llevó a cabo con siete líderes de las cuatro redes identificadas y de esta forma se diligenció el formato de caracterización. Finalizada esta etapa, es posible comprender que cada proceso de liderazgo ha llevado un desarrollo particular de acuerdo con sus objetivos y el contexto en el cual emergen; Sin embargo, se deben resaltar algunos elementos centrales, pues en este caso, dos de ellas; (COAS y Parchados por el futuro), emergen en el marco del Paro Nacional, lo cual es un elemento bastante significativo pues evidencia cómo el estallido social movilizó la emergencia de nuevos liderazgos y el agenciamiento colectivo de diferentes comunidades. Por tanto, se manifiesta la necesidad de consolidar sus habilidades de liderazgo pues estos escenarios de participación e incidencia comunitaria son nuevos para ellos. Así mismo, la caracterización de la red de jóvenes de ambiente, permite comprender cómo los procesos de liderazgo se han visto fragmentados a causa de la pandemia por COVID-19, por lo cual resulta esencial fortalecerlos nuevamente desde las bases de su tejido social, y las habilidades de liderazgo para darle continuidad. Por su parte, la red de edilesas requería de acompañamiento para su conformación, es decir, que se debe iniciar con un proceso de articulación de las edilesas del territorio, construyendo vínculos y objetivos comunes.

Segunda etapa: conformar el tejido de la red

A partir de la caracterización se evidenció que la Red de edilesas y la Red Jóvenes de Ambiente debían fortalecer el tejido vinculante dadas sus condiciones particulares, por lo tanto, se llevaron a cabo intervenciones que, para el caso puntual de la Red de edilesas permitieron generar interacción, ganar mucha más autonomía como red, además de concertar un objetivo común por el cual trabajar. En relación con la Red Jóvenes de Ambiente se propiciaron espacios para ampliar el tejido de la red a través de la vinculación de jóvenes de instituciones con intereses en el medio ambiente, además se buscó generar un sentido compartido que permita activar mucho más la red y de esta forma mejorar su funcionamiento y afianzar su campo de acción.

Tercera etapa: formación

De acuerdo con la caracterización de las redes, se destacó la importancia de implementar procesos formativos en relación al liderazgo y los componentes socioafectivos, por lo que se priorizó el desarrollo de talleres en torno al funcionamiento y estructura de las redes, la comunicación no violenta, comunicación asertiva, manejo de emociones y liderazgo. Encuentros que permitieron situar la importancia de afianzar los modos de relación dentro de los ejercicios de participación y liderazgo, adicionalmente se proyectó un proceso formativo en torno a la formulación de proyectos pues es una necesidad común en todas las redes.

Cuarta etapa: seguimiento

Esta etapa es fundamental pues permitió hacer un balance del desarrollo del proyecto y sistematizar la experiencia, resaltando así sugerencias puntuales para la intervención en redes. Es de remarcar que en total se impactaron cuatro redes, cada una conformada por alrededor de 10 líderes. Se resalta que los diferentes encuentros permitieron conocer el contexto del cual emergen las redes, el objetivo, las particularidades, las acciones realizadas, y, lo más importante, el reconocimiento de debilidades, carencias y necesidades que requieren acompañamiento de la institucionalidad para garantizar su proceso de liderazgo desde la construcción colectiva y la autonomía.

Análisis: “la construcción del tejido en red, una apuesta comunitaria para la sociedad”

El desarrollo del proyecto desde una mirada psicológica permite comprender que las redes solidarias son una apuesta de intervención psicosocial de gran impacto, que denotan una construcción permanente pues implica una serie de etapas, procesos y aportes que conllevan a la consolidación de la misma. Entendiendo la importancia de los actores y su interacción de forma activa y reflexiva, pues la red de ninguna manera existe sin ellos, resaltando así que la consolidación de redes solidarias aporta al fortalecimiento del tejido social y vincula a líderes y lideresas en pro del bien común y el desarrollo local. Así mismo, el proyecto evidencia algunas categorías principales, por lo cual el desarrollo del análisis se realizará a través de las categorías de participación, tejido social, e intervención psicosocial, las cuales a su vez están basadas en los objetivos

del proyecto y evidencian el proceso, cruzando los datos recolectados en los diarios de campo, y la encuesta realizada a la Red de edilesas.

Participación

Durante el proyecto, la participación ha jugado un papel fundamental siendo uno de los elementos que más se buscó propiciar, bajo dos hitos principales: el primero corresponde a garantizar un ejercicio de construcción colectiva en las redes solidarias siendo un elemento clave a analizar en el marco de su consolidación y proyección a futuro, pues solo de esta forma se podrán vincular diversas experiencias y compartir conocimiento manteniendo activa la red con la participación de diferentes actores, partiendo así de que debe ser con la presencia de los actores sociales pues no se concibe una red solidaria sin la presencia de los involucrados; el segundo hito refiere a la comprensión de que las problemáticas de las comunidades o territorios tiene un devenir sociohistórico de acuerdo con sus particularidades. Para dar respuesta a esto no lo puede abordar una institución externa o un grupo de profesionales únicamente, contrario a eso, el abordaje real de una problemática en un territorio implica que sus habitantes, que son quienes tienen las vivencias y el conocimiento de las necesidades, se hagan conscientes no solo de la existencia de diversos conflictos y necesidades, sino también del potencial que tienen como comunidad para darle salida planteando acciones conjuntas que los minimicen o gestionen nuevas formas de afrontarlos.

De modo que la participación es central en la consolidación de redes, pues el líder se posiciona como un agente activo en el proceso de transformación de las situaciones problemáticas, además, desde la experiencia comunitaria de cooperación y solidaridad, donde todos tienen el mismo valor y la misma importancia al tener una estructura no jerárquica. Sin embargo, durante el proyecto se evidenció que fomentar la participación implica buscar diferentes estrategias para vincular al líder, hacer llegar la información a través de medios de comunicación como el teléfono, el correo electrónico o grupos de WhatsApp, contactarlos a través de otros líderes que tengan algún tipo de reconocimiento o que faciliten llegar a los demás, generar momentos de concertación que permitan comprender los limitantes o causales de la dificultad para participar, buscar los espacios propicios para que el líder pueda participar, ajustar tiempos, horarios, lugares, buscando adecuar el proceso a la comunidad y su bienestar, entre otras cosas. Entendiendo que los líderes tienen una vida familiar, laboral, social, ejerciendo diversos roles, al punto de que, en ocasiones, como enuncia Montero (2003), desde la “Generosidad: de su tiempo, de su esfuerzo, tienden a “olvidarse de sí mismos” aun en desmedro de su salud” (p. 33). Muchas veces el líder no descansa, entregando su tiempo a la comunidad desde el amor y desde el servicio a los demás.

En este sentido, también es importante señalar que el amor y la vocación de servicio también se ve reflejado en la emergencia de liderazgos ante situaciones por resolver, o situaciones que están afectando a la comunidad y donde es necesario que se actúe prontamente (Montero, 2003). Como es el caso de las redes “COAS” y “Parchados por el futuro”, las cuales emergen en el marco del estallido social, ante la situación de vulnerabilidad de sus territorios y en busca de mejorar las condiciones de vida de sus comunidades. Situación que moviliza esa participación activa, lo cual a su vez posiciona a los líderes ya que “llegan a ser muy populares dentro de la comunidad, que los considera como personas comprometidas en la defensa de los intereses colectivos, desarrollando además un sentimiento de solidaridad con ellos, pues los ven como profundamente ligados a la comunidad” (Montero, 2003, p. 25).

Así mismo, es necesario señalar que la consolidación de redes solidarias implica un proceso de acompañamiento importante, pues como se evidenció en el primer encuentro de acercamiento con las edilesas, se manifestaba una necesidad de consolidar la red, pero se requería del apoyo de la Secretaría de Participación Comunitaria para propiciar la participación y vinculación de las demás edilesas del territorio.

Un último elemento a retomar refiere a que las situaciones del contexto donde se desarrollan las redes pueden también generar algunas limitaciones en relación a su participación, como es el caso de la Red de Jóvenes de Ambiente, donde a raíz de la Pandemia por COVID-19 se dificultaron los encuentros presenciales, y a su vez se perdió el contacto con los jóvenes rurales debido a la falta de conectividad, lo cual en últimas fragmentó el proceso que se había construido como red. No obstante, la red continuó tratando de activarse a través de su coordinadora y algunos miembros, lo que denota que esta situación otorgó las responsabilidades de la red sobre unos pocos miembros o actores, y aun así se le dio continuidad a la red. “Esto permite adecuar los ritmos personales, grupales y colectivos dentro de la vida cotidiana, ya que la red de algún modo es un reflejo de la dinámica cotidiana de la comunidad” (Montero, 2003, p. 60).

En suma, a través del proyecto se evidenció que la participación es un factor que determina en gran medida el curso de las redes, y que estas reconocen la importancia de tener un buen nivel de participación ya que es la diversidad de actores la cual permite el intercambio, la acción y la toma de decisiones en conjunto. De modo que “la dinámica de la red permite entonces que los niveles de participación y de compromiso cobren importancia en su estructura, manteniendo la flexibilidad y movilidad de la participación.” (Montero, 2003, p. 60), reconociendo que se requiere tener la capacidad de modificar el plan de acción, hacerlo flexible y dinámico, ante posibles situaciones externas.

Tejido social

Referirse a las redes solidarias implica hacer un reconocimiento del entramado de actores que convergen en ellas y que a su vez emergen de un territorio común que produce una serie de vínculos, historias, vivencias y donde se gestan diferentes procesos comunitarios alrededor de las diversas problemáticas evidenciadas en dicho lugar de interacción. Por ende, el territorio y sus dinámicas internas particulares, median de una u otra forma el proceso de consolidación del tejido social que conforma la red.

La construcción de tejido social es el elemento esencial que da solución a la problemática de base del proyecto, pero además que es de vital importancia para la continuidad de las redes entendiendo que a través de la red se pueden desarrollar movilizaciones para gestionar, tramitar o solucionar algún problema de forma organizada, pero solo se pueden generar a partir de la acción colectiva que permita tejer relaciones interpersonales basadas en la cooperación y la solidaridad.

Para el caso puntual de la Red de edilesas, se llevan a cabo dos encuentros que buscaron principalmente fortalecer el tejido social de la red ya que se encontraba en construcción. Para esto, se resalta un primer encuentro de articulación que no solo permitió que las participantes tuvieran mayor conocimiento sobre las redes y su proceso, sino que también buscó propiciar la interacción, el reconocimiento mutuo y la identificación de las potencialidades de los diversos actores. De tal forma que “cada uno de los integrantes de la red establece una relación con los otros, reconociendo que tanto la participación de éstos como la suya es importante para la acción y la toma de decisiones” (Montero, 2003, p. 60), y reconociendo y uniendo esas fortalezas se puede construir en beneficio de todas. Un segundo encuentro se basó principalmente en la construcción de un objetivo común pues las articulaciones, comunidades y personas deben trabajar por un objetivo común que sirva de hilo conductor de tales relaciones y mantiene activa la red. Para esto se generó un espacio de diálogo que buscó la unificación a través del intercambio de percepciones, vivencias y puntos de vista comunes y no comunes. Este ejercicio además permite un “Refuerzo de la identidad individual, familiar, grupal, comunitaria y ciudadana, a partir del encuentro de intereses comunes, particulares y aun internamente divergentes” (Montero, 2003, p. 65), siendo además un proceso de intervención que potencia el tejido de las redes y conlleva a que se tenga claro el objetivo al cual se pretende dar respuesta a través de sus recursos humanos y los demás que puedan movilizarse colectivamente.

Así mismo, se evidenció la necesidad de ampliar el tejido de la Red Jóvenes de Ambiente mediante la vinculación de jóvenes de colegios con intereses en el medio ambiente, que además en algunos casos pudieran apoyar la red desde su labor social. De modo que

no solo mejora la participación, sino que al mismo tiempo genera algún impacto tanto para el estudiante como para la comunidad, y como enuncia Montero (2003), “Mientras más amplia, más resultados producirá” (p. 59).

Es importante resaltar que cada red identificada se encontraba en un momento particular y aunque tenían puntos comunes también se encontraban adelantando procesos diferentes. Se hizo evidente que algunas redes ya tenían un tejido desarrollado y en este sentido se debía establecer un plan de acción basado en otras necesidades a fortalecer dado que “es necesario tener siempre presente la singularidad de cada red comunitaria, a fin de establecer con mayor precisión sus procesos, estrategias, vínculos y características en su funcionamiento comunitario.” (Montero, 2003, p. 66).

A manera de cierre, es importante plantear que las redes solidarias requieren de una organización social que permita la implementación o el desarrollo de proyectos de intervención en conjunto, y a su vez, evidencian una clara movilización social que no deviene de instituciones o estructuras ya preestablecidas como la familia, las juntas de acción comunal, entre otras, sino que representan una estrategia que regenera progresivamente el tejido social de los territorios, trayendo consigo desarrollo local y aportando de manera significativa a la salud mental de las comunidades mediante la cohesión y la solidaridad.

Intervención psicosocial

Es visible que la implementación o consolidación de redes solidarias es una estrategia que implica identificar, analizar, acompañar, convocar, planificar, pero también intervenir en ellas, pues es de vital importancia fortalecer su proceso y complementar los recursos de apoyo existentes en las redes para que estas puedan dar continuidad a sus procesos. En este sentido, el ejercicio de caracterización que se llevó a cabo durante el proceso permitió identificar necesidades en las redes que referían a intervenciones de orden psicosocial, para afianzar mucho más el ejercicio de liderazgo colectivo.

De acuerdo con las necesidades sentidas de las redes, se llevaron a cabo estrategias que propiciaron el desarrollo de diferentes aspectos de cada una, en concordancia con sus particularidades. Para el caso puntual de la Red de edilesas se resalta que el proceso de acompañamiento permitió no solo la articulación, sino que también se propició el ejercicio de diálogo y el encuentro de intereses comunes y no comunes que conllevaron a la construcción de un objetivo conjunto que a su vez permitirá empezar a proyectar acciones colectivas. Del mismo modo se logró iniciar a establecer la organización de la estructura de la red al elegir una coordinación dirigida por dos edilesas por las cuales se ven representadas y establecer canales de comunicación efectiva. Adicionalmente,

además en la agrupación el aporte de conocimiento sobre las redes, y no tan notorio, pero igual de importante el reconocimiento de que es un proceso y se requiere una proyección. Por otro lado, en la nube de palabras también sobresalen las palabras “empoderadas” y “comunicación”, entendiendo que para realizar una participación con incidencia real también se requiere la comprensión de la importancia de estos dos elementos.

En relación a la Red Jóvenes de Ambiente, es de mencionar que la realización del taller de comunicación no violenta evidenció el proceso de reflexión en torno a la necesidad de hacerse conscientes de la forma como se expresan ante diferentes situaciones y cómo esto interfiere en los procesos de liderazgo. Con respecto a la Red COAS y Parchados por el Futuro se resalta que la intervención que se tuvo en relación al fortalecimiento de la comunicación también reflejó un ejercicio de reflexión sobre sí mismos y sobre la red, pues el taller de comunicación no violenta permitió sensibilizar a los participantes frente a las actitudes, comportamientos e ideas que son alimentadas por el modelo o paradigma de la cultura dominante; y el taller de comunicación asertiva que permitió fortalecer los procesos de negociación y mediación que se deben trabajar en las interacciones de las redes. Todo esto aporta a las redes en su propósito de construcción colectiva y en su accionar en pro del cambio y la transformación en “un proceso de fortalecimiento o potenciación a través del cual los recursos y las capacidades existentes son desarrollados y otros nuevos son adquiridos, mediante la organización y el mantenimiento de redes que intercambian servicios y apoyo sociopsicológico” (Montero, 2003, p. 55).

Estas intervenciones permiten reconocer que las redes son diversas, particulares y complejas; que en un mismo territorio pueden existir varias redes, pero cada una atiende a unos elementos específicos y se encuentran en un permanente estado de transformación. Pero, sobre todo, resaltar que, aunque los líderes tienen toda la voluntad, suelen emerger ante situaciones adversas o momentos que requieren que se actúe con inmediatez. No obstante, no siempre cuentan con las habilidades o conocimientos para hacerlo y de ahí la importancia de realizar acompañamiento e intervención que favorezca su proceso. Lo cual, además, contribuye a la construcción de sociedad, entendiendo que “las acciones psicosociales comunitarias de reflexión, decisión y planificación dirigidas a la transformación, de manera participativa, tienen carácter democrático. En tal sentido son acciones políticas, pues son formas ciudadanas de ejercer la democracia.” (Montero, 2003, p. 49).

En suma, el proyecto permite comprender que las redes solidarias corresponden a un proceso de organización comunitario, conformado por un recurso humano en busca de desarrollo a través de la participación, la unión y el compromiso. Esto es lo que les

permite entrelazar y generar un impacto colectivo de gran importancia “tanto para la comunidad como para la construcción de la sociedad civil, por cuanto fortalecen el poder local y ciudadano, además de generar modos tradicionales y alternativos de ocupar el espacio público, que son también modos alternativos de acción política” (Montero, 2003, p. 66). Por ende, estas redes también representan una oportunidad para que las comunidades fortalezcan su tejido social y se expresen como colectivo, obteniendo como resultado la capacidad de transformación, cambio, capacidad de agencia y de apoyo psicosocial.

Sugerencias y proyección del proyecto

- » Las redes solidarias son un ejercicio que puede dar para un desarrollo pausado donde se acompañe no solo la articulación, sino la consecución de objetivos comunes, la construcción de manera conjunta de un plan de acción, la consolidación de comités de trabajo y la articulación con diferentes entidades que fortalezcan el proceso participativo.
- » Es importante no solo impactar redes ya constituidas, sino también articular actores en la consolidación de estas redes, pues es de esta manera como se fortalece el tejido social del territorio.
- » Se resalta la importancia de realizar intervenciones en las redes identificadas, pues los procesos de liderazgo requieren de un proceso de fortalecimiento y desarrollo de habilidades que aporten a la consecución de sus objetivos y construcción conjunta. Por tanto, es central comprender que la consolidación de la red es un proceso, que no es lineal y que requiere de constancia, de un contacto directo y estable entre los agentes, de intervención y formación.

Conclusión

Las redes solidarias transforman a actores que no son escuchados o que están viviendo problemáticas en sus territorios que no son atendidas, en agentes que asumen un papel activo e influyen en el devenir de sus comunidades y territorios. Dejando de

lado el asistencialismo y generando procesos reales de autogestión entendiendo que al “pensar en red” se abandona la postura inmedatista, y se asume una perspectiva de participación más extensa e intensa, de mayor alcance, que fortalece los recursos internos y externos de dicha organización” (Montero, 2003, p. 66). Lo que genera un mayor impacto en los territorios basado en el conocimiento propio de sus necesidades, lo cual a su vez mejora la calidad de vida de las comunidades. Así mismo, el proceso de las redes permite la identificación de problemáticas basadas en experiencias compartidas y la construcción y consecución de metas a través del trabajo en conjunto. Sin embargo, el compromiso de los agentes, organizaciones o instituciones externas juega un papel fundamental en las transformaciones sociales que la comunidad ha identificado como necesidad. De ahí que su rol sea central en el proceso de acompañamiento a las redes pues de esta forma se transforman las realidades sociales en un fortalecimiento del tejido comunitario y mayor participación comunitaria.

Conviene enfatizar en que la intervención psicosocial tiene un gran aporte a nivel comunitario pues reconoce a las comunidades como el actor central, dando importancia a su voz, sus vivencias y sus necesidades sentidas, incide significativamente en su entorno y toma en cuenta el contexto y las particularidades, pero además busca fortalecer los procesos colectivos.

En suma, para efectos de este proyecto, el rol del profesional está enfocado en buscar el bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas, mediante la orientación, mediación e intervención en el entorno comunitario, desarrollando estrategias de intervención que promuevan en las comunidades el posicionamiento como agentes activos y agentes de cambio y transformación en sus territorios, reconociendo la importancia de la diversidad en los espacios de participación y garantizando la conformación de un tejido social sólido.

Referencias

- Arce, R. y Valencia, F. (2007). *La facilitación de procesos sociales*. CARE Perú.
- Delgado, J. (2003). Estrategia metodológica para la construcción de redes comunitarias agrícolas en pro del desarrollo local. Caso: productores de plátano del Sur del Lago de Maracaibo, Venezuela. *Agroalimentaria*, 8(17), 29-38.
- Gómez, F. (2016). *Redes comunitarias y avances de supervisión en trabajo social*. Editorial UNED.

Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. Paidós.

Robertazzi, M. (2011). *Psicología social latinoamericana: una respuesta neoparadigmática*. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-buenos-aires/psicologia-social/robertazzi-m-psicologia-social-latinoamericana-una-respuesta-neoparadigmatica/30607083>

Silva, C. y Martínez, M. (2004). Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. *Psykhe*, 13(2), 29-39.

Téllez, E. (2010). El sentido del tejido social en la construcción de comunidad. *Polisemia*, 6(10), 9-23.

Villalba, C. (1993). *Redes sociales: un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.





Capítulo 10

Prácticas profesionales en psicología. Experiencias en instituciones educativas en el departamento de Boyacá



Emilcen Pérez Gallo³¹

Carlos Fernando Cisneros Rincón³²

31 Psicóloga. Especialista en Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Laborales. Magíster en Psicología Comunitaria.

Correo: emilcen.perez@unad.edu.co

32 Comunicador Social. Psicólogo. Especialista en Educación, Cultura y Política. Magíster en Derechos Humanos.

Correo: carlos.cisneros@unad.edu.co

Resumen

Este capítulo de libro expone algunos resultados del proceso de sistematización de experiencias de prácticas profesionales, desarrollados por estudiantes del programa de Psicología de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD desde los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria (CASMCUNAD) planteados por la universidad en instituciones educativas en el departamento de Boyacá. Se inicia con el reconocimiento de la estrategia en la consolidación de un modelo en salud mental comunitaria para Colombia, seguido del contexto de la salud mental en el departamento de Boyacá. Fundamentado en un marco conceptual, teórico y legal. El ejercicio se desarrolla desde la investigación acción participativa y la rehabilitación basada en comunidad. Los resultados se presentan a partir de las categorías de afrontamiento comunitario, resiliencia, inclusión social, sentido de comunidad y bienestar.

Introducción

Los CASMCUNAD surgen desde la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades (ECSAH) luego de un análisis de información relacionada con estadísticas de situaciones psicosociales como el suicidio, la violencia intrafamiliar, los trastornos mentales y comportamentales en diferentes zonas del país.

Además de la revisión documental relacionada con estudios frente a los impactos del confinamiento, catástrofes y desastres y el tiempo trascendental por la coyuntura frente a la emergencia por COVID-19 en el mundo y en Colombia, circunstancias que generan la necesidad articular acciones psicosociales que apunten a favorecer la salud mental.

Para Rodríguez (2021), “los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD), surgen de la necesidad de un abordaje contextualizado, regional, funcional y adecuado de las condiciones y situaciones en salud mental de las comunidades y poblaciones en este país” (p. 35).

Desde el programa de Maestría en Psicología Comunitaria se plantea la implementación de los (CASMCUNAD), “los cuales, basados en procesos de abordaje y atención en el marco de la salud mental comunitaria, pueden generar estrategias y procesos de intervención adecuados para la atención de problemáticas psicosociales de diferentes poblaciones y comunidades en el territorio nacional” (Rodríguez, 2021, p. 15).

Es necesario, mencionar que el proceso que desarrolla CASMCUNAD, está enmarcado en la referencia que se tiene frente a la noción de “comunidad”. Esta, en palabras de la

docente María del Pilar Triana, corresponde a “un organismo vivo”, lo cual representa una alta dinámica de interacciones y contextos socioculturales inmersos en cada grupo social. Estos integrantes del colectivo recrean virtudes y desencuentros a partir de intereses comunes, así como de roles que desarrollan en diversos escenarios de la vida en sociedad. Es de resaltar la relevancia que adquiere la comunidad como eje de los diferentes escenarios que involucra, por ejemplo: la rehabilitación basada en la comunidad, las mesas de salud mental, entre otras.

Según el documento generado por un grupo de docentes de la Maestría en Psicología Comunitaria de la UNAD (2021), “CASMCUNAD busca contribuir a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación en salud mental dentro las comunidades en las cuales desarrollen su labor” (p. 7). CASMCUNAD se constituye en una estrategia que fundamenta la acción psicosocial entendida como:

El trabajo integrado, incluyendo muy diversas perspectivas desde diferentes disciplinas, por lo tanto, no limita la atención en salud mental comunitaria a ciencias como la psicología, la psiquiatría o la medicina, sino que promueve la construcción de estrategias desde múltiples perspectivas, provenientes tanto del ámbito profesional, como de los actores de cada uno de los grupos humanos en donde realiza su labor. (p. 8)

Como complemento a lo anterior, la acción psicosocial es comprendida como:

Una mirada, una perspectiva y, al mismo tiempo, una forma de enfocar la realidad que posibilita escenarios de actuación que comprenden los fenómenos humanos desde una visión integral y que, por lo tanto, plantean alternativas, soluciones y procesos incluyentes que se despliegan en el tiempo y que producen nuevas subjetividades en marcos de mayor justicia, equidad, desarrollo a escala humana, sana convivencia y paz. (Villa, 2012, p. 14)

De igual manera, como lo afirma Alvis (2009): “La intervención psicosocial, privilegia su accionar en la vertiente denominada participativa, sin desconocer la denominada dirigida, ya que, dada la naturaleza de algunas problemáticas o necesidades psicosociales, se hace necesario la intervención dirigida” (p. 4). En consecuencia, desde esta mirada la intervención psicosocial se dirige hacia la respuesta de las problemáticas sociales mediante la participación activa de los sujetos intervenidos.

Además, para Winkler et al. (2014): “Es un hecho que las intervenciones comunitarias implementadas en la actualidad son diversas y van desde modelos complejos hasta acciones aisladas de corta duración e impacto” (p. 49). La anterior afirmación subyace a los límites que circundan las actuaciones de la psicología social en los territorios. Es allí en donde se potencian los resultados del abordaje psicosocial con las comunidades.

En este sentido, desde CASMCUNAD se busca aportar a la elaboración de un modelo en salud mental comunitaria que parta desde un diagnóstico situado e interdisciplinar, donde la participación activa de las comunidades sea imperante para el logro de los objetivos propuestos y beneficio de la salud mental de las comunidades.

Aunado a lo anterior, la UNAD (2019), oferta el programa de Psicología, el cual cuenta con los cursos “Prácticas profesionales escenario uno” y Prácticas profesionales escenario dos”. Estos hacen parte del núcleo problémico “psicología y acciones psicosociales” el cual comprende la acción psicosocial como: “Perspectiva contextual de abordaje integral sobre la realidad social, centrada en la promoción de prácticas relacionales sustentadas en el reconocimiento, la participación, el fortalecimiento y la valoración del sujeto en sus componentes individual y social” (p. 19).

Los cursos se orientan por el documento *Protocolo de prácticas profesionales (2020)*, el cual establece el proceder del estudiante a partir del pensamiento crítico, con lo cual se “pretende movilizar al estudiante a que privilegie una postura hacia la reflexión profunda y pormenorizada de su ejercicio profesional en torno al desarrollo de acciones psicosociales en diversos contextos de actuación” (p. 12).

Por lo anterior, los CASMCUNAD, se han constituido en escenarios de prácticas profesionales tanto para estudiantes del programa de Maestría en Psicología Comunitaria como para los profesionales en formación del programa de Psicología de la UNAD. Por tanto, en este apartado se expondrán resultados de algunas experiencias de los procesos de práctica realizados por estudiantes del programa de Psicología en instituciones educativas en el departamento de Boyacá que apuntan a contribuir con el modelo de salud mental comunitaria a partir del análisis de técnicas e instrumentos aplicados en los diferentes dispositivos e instituciones.

Salud mental en Boyacá

Desde lo global, la Organización Mundial de la Salud OMP, 1948 define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). Definición que sigue vigente hasta el momento

y conlleva al abordaje de la misma de una manera integral, es decir, se debe incluir aspectos como la salud mental, la cual es planteada por la OMS (2022) como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (p. 1).

Plantea factores de riesgo algunos de orden “psicológico, biológico, abuso de sustancias y genéticos” que podrían constituirse en aspectos de vulnerabilidad para la salud mental de las personas. De igual manera, aquellas condiciones “sociales, económicas, geopolíticas y ambientales” como los hechos de violencia y, los índices de pobreza, presentes en el ciclo vital de las personas; sin embargo, es en la primera infancia donde son más nocivos. No obstante, se contemplan algunos factores protectores desde la promoción de la salud y la prevención de las afectaciones como acciones que deben ser instauradas de manera corresponsal por las diferentes instituciones y el Estado bajo pilares de la salud mental con base comunitaria (OMS, 2022).

Por tanto, es necesario reconocer el aporte de la rehabilitación con base comunitaria (RBC) en la salud mental. La RBC surge en los años 80 como una estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud, la cual inicia bajo el concepto de la rehabilitación. Sin embargo, ha ido evolucionando y en el 2000 se articula a la convención de los derechos humanos de las personas desde la “calidad de vida, la participación y la igualdad de oportunidades”. Reconoce a las personas en su cotidianidad, con la familia, el territorio, la vereda y el barrio dependiendo el contexto rural o urbano articulado a la “participación, empoderamiento, democracia y desarrollo local” (Guajardo et al., 2014)

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (2022) reconoce la estrategia RBC y establece lineamientos que ofrecen:

Orientaciones conceptuales y metodológicas que deben seguir las organizaciones locales, líderes comunitarios, organismos no gubernamentales y del sector público, que formulen, diseñen, implementen y evalúen programas y proyectos con la estrategia de rehabilitación basada en comunidad RBC en todo el territorio nacional (p. 1)

Por su parte, en Boyacá, se encuentra la “Política pública de discapacidad 2020-2029: la dignidad humana, imperativo ético para la igualdad de derechos” (2022) la cual reconoce la necesidad de afianzar la estrategia RBC según el resultado del diagnóstico participativo realizado en las provincias del departamento mediante la implementación de:

Planes de cuidado familiar que permita que las familias y cuidadores obtengan las herramientas suficientes para brindar un manejo óptimo a las situaciones que se

presentan en la labor de cuidado, además de ser acompañadas y orientadas para la prevención del desgaste emocional o la aparición del síndrome del cuidador. (p. 43)

Sumado a lo anterior, en la estructura estratégica del documento de la política pública, en la primera dimensión contempla la necesidad de “fortalecer la implementación de la estrategia rehabilitación basada en comunidad (RBC) en todos los municipios del departamento, garantizando la apropiación del enfoque diferencial en cada una de sus acciones” (p. 107). Además, en el documento de la *Política pública de salud mental 2020-2030* (2022) se exponen algunas situaciones latentes en los municipios del departamento de Boyacá como son la necesidad de “actividades de promoción y prevención para contribuir a garantizar a la persona la oportunidad de una vida digna y saludable” (p. 2).

De igual manera se resalta:

Los servicios de salud, particularmente en el prestador primario, han concentrado su capacidad en responder al malestar físico, omitiendo la atención integral y familiar como puerta de entrada a la detección temprana del sufrimiento emocional o el trastorno mental y en relación con la rehabilitación... aún se centra en la enfermedad y poco en la persona... con medidas restrictivas de encierro o institucionalización en hospitales psiquiátricos, con incremento de la exclusión y el estigma de las personas con enfermedad mental, restando oportunidad a la inclusión social, educativa, familiar y comunitaria. (p. 2)

Este documento también refleja algunas cifras de los eventos con mayor representación en el departamento de Boyacá que se constituyen en antecedentes y motivos que justifican la política en salud mental:

La mayoría de personas con trastorno mental tiene como antecedente la violencia intrafamiliar y la violencia sexual a edades tempranas, siendo las más afectadas las niñas de 10-14 años y los delitos sexuales se relacionan con agresores del núcleo familiar, estando el departamento de Boyacá en un 8% por encima de la media nacional. La violencia de género e intrafamiliar la sufren principalmente las mujeres, del total de casos notificados en el año 2018, el 81,96% fueron mujeres. Durante el 2018 se notificaron en Boyacá 692 intentos de suicidio, lo cual implica una tasa de 56,03 casos por 100 mil habitantes, ligeramente inferior a la nacional de 56,8 casos por 100 mil habitantes; entre los factores desencadenantes de los intentos de suicidio se encuentran los conflictos de pareja con 45,81% de los casos, problemas económicos 12,57%, problemas escolares 11,91%, maltrato físico, psicológico o sexual 10,84% y problemas laborales con el 5,20%, entre otros. Del total de personas que sufren algún tipo de trastorno mental, el 51,5% de los adolescentes y el 36,1% de las personas entre los 18-44 años logran acceder a consulta. A pesar

de los esfuerzos institucionales y del aumento de la capacidad técnica institucional departamental, persisten las brechas de servicios de salud mental con restricciones en la oferta, oportunidad, accesibilidad y calidad para sectores más vulnerables de la población. La persistencia de una cultura machista e impositiva que normaliza comportamientos patológicos, reduce el acceso equitativo a bienes y servicios de niños, adolescentes y jóvenes a lo largo del proceso formativo y educativo. También experimentan soledad y abandono emocional en contextos familiares y educativos, con pobre capacidad de respuesta para el desarrollo integral y la contención. (p. 3)

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la necesidad imperante de implementar acciones interinstitucionales que apunten a promover factores protectores y prevenir factores de riesgo en salud mental en el departamento. Es ahí donde se articula CASMCUNAD con el objetivo de aportar a un modelo de salud mental comunitaria” a partir de la lectura de las realidades en este caso desde Boyacá, teniendo en cuenta las siguientes fases: fase 1. Diagnóstico local; fase 2. Alianzas locales y regionales; fase 3. Sistematización de la experiencia; fase 4. Proyectos comunitarios y fase 5. Modelo nacional en salud mental comunitario.

Categorías iniciales

CASMCUNAD, plantea algunas categorías iniciales a tener en cuenta por los estudiantes al aplicar los instrumentos propuestos para la fase diagnóstica tales como:

La resiliencia: comprendida para García et al. (2016) como un “constructo que abarca todos los aspectos de la vida de la persona y consigue influir positivamente en la resolución de los problemas de una forma exitosa” (p. 65). De igual manera, retoman postulados de García-Vesga y Domínguez (2013) sobre el concepto de resiliencia a partir de cuatro aspectos que ha sido agrupados por varios autores: “como una adaptación positiva que supera las exposiciones de riesgo o la vulnerabilidad”; “como una capacidad o habilidad para afrontar exitosamente las adversidades”; “los factores externos e internos se encuentran en constante interacción” y “es el producto de una interrelación de factores que se activan como un proceso dinámico” (p. 61).

La exclusión social: para Chuaqui et al., (2016) es definida como:

Relación que dificulta e impide al sujeto ocupar una posición, superar una situación o ejercer un derecho, en el fondo es un juicio ético, en el sentido que quienes no ocupan la posición no pueden superar una situación o no ejercen el derecho, deberían ocupar la posición, superar la situación o ejercer el derecho del que están excluidos. (p. 25)

Lo opuesto es la inclusión social que, para Chuaqui et al., (2016), es un postulado que apunta a que se “reivindique el bienestar y capacidad de tener un rol activo y protagónico de los individuos dentro de los sistemas sociales donde participan como sujetos y actores, por ello pensamos en su realización” (p. 25).

Otra categoría es el afrontamiento comunitario, entendido para Leibovich et al., (2002 citado por Villagra & Rodríguez 2020) como “el modo de responder a las diferentes situaciones que generan estrés, como así también de entender su función positiva de mitigar los efectos nocivos de aquel” (p. 2).

El bienestar humano, para Urzúa y Caqueo-Urizar (2012 citado por Speake et al., 2020), se relaciona desde:

Categorías de corte sociológico como: condiciones de vida, modo de vida, desarrollo económico y nivel de vida; y el concepto de bienestar subjetivo, en el que se incluye la vivencia individual, que se determina no solo por estar bien, sino por sentirse bien. (p. 5)

Sentido de comunidad: en el estudio realizado a fin de identificar relación entre el sentido de comunidad, bienestar y salud mental en adolescentes escolarizados, se resalta la importancia de la percepción y evaluación que los adolescentes tienen frente al contexto escolar. De igual manera, cuando se experimenta apoyo con docentes y pares se genera sentido de pertenencia y mayor participación, lo cual se puede constituir en un factor protector para el bienestar y la salud mental (Leiva et al., 2021).

Satisfacción personal: para Barradas et al., (2011) se refiere al autoconcepto, satisfacción con la vida personal, satisfacción con las perspectivas de futuro” (p. 4).

Actitud prosocial: para González y Valdez (2016) corresponde a la “predisposición activa hacia lo social / hacia la sociedad, actitud social “altruista” / actitud de ayuda-apoyo hacia los demás, aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales” (p. 2).

Autonomía: para los investigadores Barradas et al., (2011) “implica la relación de la persona con su entorno y el grado de dependencia/independencia frente a las influencias sociales. La persona psicológicamente sana tiene una cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo y de los demás” (p. 3).

Resolución de problemas y autoactualización: de acuerdo con Barradas et al.,(2011), se refiere a la “capacidad de análisis, habilidad para tomar decisiones, flexibilidad / capacidad para adaptarse a los cambios, actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo” (p. 5).

Interdisciplinariedad: de acuerdo con Ortiz (2011), “constituye una manifestación evidente y preponderante en las investigaciones educativas, como resultado del desarrollo científico contemporáneo en general y de las ciencias de la educación en particular” (p. 1).

Empoderamiento: Musitu y Buelga (2004) afirman que “el interés del *empowerment* se dirige específicamente a la influencia mutua que se produce entre la persona y los sistemas ambientales en los que se desenvuelve” (p. 2).

Instituciones educativas

Según la página oficial de la Gobernación de Boyacá (2022), el departamento cuenta con 123 municipios en los que se encuentran 254 instituciones educativas (IE) oficiales y 110 instituciones educativas privadas las cuales ofrecen educación básica y media a niños, niñas, adolescentes y adultos en el departamento.

CASMCUNAD, contempla a las IE como comunidades en las cuales los profesionales en formación puedan desarrollar sus prácticas profesionales en psicología cuyos productos se constituyen en insumos importantes en la construcción del modelo en salud mental comunitaria para Colombia.

Para este apartado se tienen en cuenta el proceso de sistematización realizado en el marco de la “práctica profesional escenario uno” en la cual se desarrolló la fase tres de CASMCUNAD por tres estudiantes del programa de Psicología: Carlos Fernando Cisneros, Lyda Yadira Rodríguez Díaz y Sonia Alejandra Díaz Cortés, con el apoyo en el rol de tutora de la maestrante en Psicología Comunitaria, Olga Lucía González y de la docente del programa de psicología en el CEAD de Sogamoso, Emilcen Pérez Gallo en el rol de monitor.

En el proceso de sistematización presentado por los estudiantes, se tienen en cuenta informes generados en 12 instituciones educativas públicas en el departamento de Boyacá. Los informes sistematizados corresponden al proceso de prácticas realizados en la fase 1 y 2 propuestas por CASMCUNAD. No obstante, para este escrito se tienen en cuenta tres informes de las doce instituciones participantes.

Metodología

CASMCUNAD (2021) en el documento de aspectos generales, propone para el accionar en las instituciones y dispositivos comunitarios el “concurso de todos los actores, estableciendo estrategias cualitativas con un enfoque de apropiación social del conocimiento, y fundamentado en metodologías como la investigación acción participativa” (p. 4).

Para Camas y Martínez (2015, citado por Baena, 2018) la investigación acción participativa (IAP), se constituye en “uno de los recursos más importantes del modelo de salud mental comunitaria, en tanto involucra a todos los sujetos como protagonistas en la producción de conocimientos apropiados para la transformación de su realidad” (p. 3).

En este sentido, CASMCUNAD propone cinco fases para lograr el modelo nacional de salud mental comunitaria. La fase uno y dos constituyen acciones para robustecer el diagnóstico a través de herramientas desde el enfoque cualitativo como la cartografía social a partir de categorías de análisis como el “enfrentamiento comunitario, resiliencia; inclusión social, sentido de comunidad; bienestar y redes de apoyo”; la observación participante, la revisión documental como diagnósticos territoriales e instrumentos desde el enfoque cuantitativo como “el de salud mental comunitaria” el cual contempla las categorías de satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, resolución de problemas y autoactualización. De igual manera, en este momento del proceso se reconocen las potencialidades de las comunidades y se gestan alianzas intersectoriales para el logro de los objetivos propuestos.

En la fase tres del proceso, se sistematizan las experiencias por zona a fin de proyectar un informe el cual contempla los aspectos relevantes encontrados y el análisis de los impactos suscitados.

La fase cuatro emerge teniendo en cuenta el diagnóstico y el proceso de sistematización y se orienta al establecimiento de proyectos comunitarios en salud mental a partir de acciones que favorezcan el empoderamiento comunitario y el acompañamiento psicosocial. De esta manera, llegar a la fase cinco que es el diseño de un modelo nacional en salud mental comunitaria. Para este documento, se contemplaron acciones adelantadas en tres instituciones educativas en las fases uno y dos. Las instituciones educativas son: Institución Educativa La Presentación, la Institución Educativa Silvino Rodríguez y la Institución Educativa “INEM” Carlos Arturo Torres.

Resultados

En este apartado se describen algunos de los resultados obtenidos en las fases uno y dos del proceso de CASMCUNAD luego de aplicar los instrumentos y el análisis realizado en el proceso de sistematización por el grupo de estudiantes de “práctica profesional escenario uno” del CEAD de Sogamoso.

La primera categoría que se resalta es la de afrontamiento comunitario: estas comunidades educativas boyacenses, a pesar de las diferencias que se tienen en cuanto a opiniones y toma de decisiones, tienen como objetivo el bienestar colectivo. Saben que, para salir adelante y superar las problemáticas existentes, deben trabajar unidos y reconocer que se debe ser partícipes de manera activa y constante, donde con el apoyo y acompañamiento de las entidades gubernamentales, se ejecutarán actividades y estrategias las cuales permitan el mejoramiento y calidad de vida para cada uno de sus miembros. Por tanto, se muestran abiertas al proceso y participan de manera activa.

La segunda categoría es la resiliencia: las instituciones educativas se enfrentaron a una situación de salud pública como lo fue el COVID-19, lo cual fue difícil pues no se tenían protocolos para sobrellevar esta pandemia, además de tener pérdidas de familiares y no poder estar junto a ellos. Esta situación, hizo que en el departamento se presentaran situaciones de estrés, ansiedad, desesperanza, impotencia y tristeza, lo cual afectó de manera significativa la salud mental de los boyacenses. Como fortalezas, se encuentran valores axiológicos como el apoyo, la solidaridad, la empatía; así como roles colaborativos en pro de la superación de estas dificultades; a su vez los estudiantes con esfuerzo logran superar los obstáculos presentes como la falta de medios tecnológicos para el desarrollo de sus actividades desde el hogar como les correspondió durante casi dos años.

La tercera categoría corresponde a la inclusión social: en el departamento las instituciones intervenidas trabajan por mejorar su bienestar y calidad de vida. No obstante, se evidencian diferentes problemáticas como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, las diferentes formas de violencia, las discusiones entre vecinos, la falta de oportunidades laborales y medios tecnológicos, lo cual impiden el desarrollo de las actividades académicas de los estudiantes. Como recursos encontrados, se realizan eventos y talleres en los cuales se integran a los asistentes como, por ejemplo, eventos deportivos, eucaristías, fiestas para recaudar fondos con el fin de ayudar a los estudiantes para salidas pedagógicas e inversión en su comunidad.

También, se encuentra la categoría: sentido de comunidad; los actores sociales educativos, aun teniendo dificultades y problemáticas, se esfuerzan por contribuir al desarrollo, crecimiento y sostenibilidad de sus instituciones educativas. Se sienten orgullosos de su cultura, raíces, costumbres y tradiciones. Demuestran compromiso y responsabilidad para tomar acciones que aporten al mejoramiento de su entorno y alcanzar su objetivo de calidad de vida y bienestar. De igual manera, los estudiantes se identifican con su institución educativa, con sus pares y docentes reconociéndola como una comunidad que permite el crecimiento personal y educativo.

Finalmente, se encuentra la categoría de bienestar: los miembros de las comunidades educativas reconocen los elementos necesarios para tener bienestar individual y colectivo. Realizan actividades de integración donde los estudiantes, padres de familia y docentes comparten y desarrollan sus habilidades interpersonales lo cual permite tener actitudes que favorecen una sana convivencia.

Conclusión

Es conveniente analizar la continuidad de los procesos adelantados en las instituciones educativas de Boyacá, en los cuales se realizaron las fases iniciales de la estrategia CAS-MCUNAD, puesto que se requiere involucrar a otras instituciones educativas oficiales de otros municipios como de los municipios que han participado. Se encuentra que la pandemia develó una serie de comportamientos en la familia que no se pudieron ocultar en las clases mediadas por la virtualidad como la violencia intrafamiliar, así como el escaso acceso a estas mediaciones por parte de los estudiantes y sus familias.

El departamento de Boyacá traza una política de salud mental que promueve acciones en procura de salvaguardar la vida de los niños, niñas y adolescentes. Esta política pública refuerza el interés de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia a través del programa de Psicología para afianzar los centros de atención mental social comunitaria como espacios vivos y en permanente construcción para el acompañamiento psicosocial de esta importante población en constante crecimiento.

Recomendaciones

Cada esfuerzo por preservar la salud mental en los niños, niñas y adolescentes es crucial para fortalecer el tejido humano de las siguientes generaciones. Las alianzas estratégicas entre el gobierno, las instituciones educativas oficiales, así como otras organizaciones

educativas, permitirá incentivar la relación entre salud mental y persona, a fin de lograr un mejor entendimiento de la importancia de la vida digna de cada uno de los integrantes del sector educativo.

Una estrategia que crece exponencialmente, es CASMCUNAD como escenario de respaldo a la salud mental en las regiones urbanas y rurales. Por lo cual, es evidente las futuras alianzas con cada institución educativa mediante la participación de estudiantes de práctica profesional para el programa de psicología como en la inserción de acciones psicosociales que contribuyan a fortalecer la salud mental de los actores sociales de la institución educativa.

Referencias

- Alvis, A. (2009). Aproximación teórica a la intervención psicosocial. *Poiésis. Revista Electrónica de Psicología Social* 17.
- Asamblea del Departamento de Boyacá. (2020). *Proyecto de ordenanza número - 2020. Por la cual se adopta la política pública de salud mental 2020-2030*. https://asamblea-de-boyaca.micolombiadigital.gov.co/sites/asamblea-de-boyaca/content/files/000488/24378_politica-en-salud.pdf
- Baena, C. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista panamericana de salud pública*, (42). <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e162/es/>
- Barradas, M., Balderrama, J., Guzmán, M. y Sánchez, J., (2011). Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 1(2), 123-135.
- Chuaqui, J., Mally, D. y Parraguez, R. (2016). El concepto de inclusión social. *Revista de Ciencias Sociales*, (69), 157-188.
- Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades. (2021). *Documento protocolo prácticas*. UNAD.
- García, A., García, A., López, C. y Díaz, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Salud y drogas*, 16 (1), 59-68.

- Gobernación de Boyacá (2019). *Política pública de discapacidad 2020-2029. La dignidad humana, imperativo ético para la igualdad de Tunja*. <https://www.dapboyaca.gov.co/wp-content/uploads/2021/11/politica-publica-de-discapacidad-2020-2029-documento-tecnico-definitivo.pdf>
- Gobernación de Boyacá. (2022). *Nuestras instituciones educativas*. <http://sedboyaca.gov.co/nuestras-instituciones-educativas/>
- González-Arratia-López-Fuentes, N. y Valdez, J. (2016). Validez de la escala de salud mental positiva en niños mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2368-2383. <https://www.redalyc.org/journal/3589/358945983011/html/>
- Guajardo, A., Recarbarren, E. y Parraguez, V. (2014). *Rehabilitación de base comunitaria. Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile*. Universidad Andrés Bello.
- Leiva, L., Mendoza, A., Torres-Cortés, B., y Antivilo-Bruna, A. (2021). Relación entre sentido de comunidad, bienestar, salud mental y género en adolescentes escolarizados. *Psicoperspectivas*, 20(2), 41-54.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Discapacidad/Paginas/rehabilitacion-RBC.aspx>
- Musitu, G. y Buelga, S. (2004). Desarrollo comunitario y potenciación. En G. Musitu, J. Herrero, L. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la Psicología Comunitaria*. (pp. 167-165). UOC.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022a). *La salud en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)*. OMS. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-salud-en-la-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022b). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. OMS <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Ortiz, E. (2011) La interdisciplinariedad en las investigaciones educativas. *Didáctica y Educación*, 3(1), 1-12.

- Rodríguez, Y. (2021). *Centros de acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia CASMCUNAD* [tesis de posgrado]. UNAD, Colombia.
- Speake, M., Carbone, E. y Spetter, V. (2020). Análisis del sistema socio-ecológico del estuario Bahía Blanca (Argentina) y su impacto en los servicios ecosistémicos y el bienestar humano. *Investigaciones Geográficas*, (73), 121-145.
- Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD. (2019). *Redes Académicas - Diseño curricular. Programa de Psicología. Resolución 3443*.
- Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD. (2021). *Centros de atención en salud mental comunitaria de la UNAD*. UNAD.
- Villa, D. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en los contextos sociales. *El Ágora*, 12(2), 349-365.
- Villagra, G. y Rodríguez, C. (2020). *Estrategias de afrontamiento en tiempo de coronavirus*. <http://hdl.handle.net/11336/111813>
- Winkler, M., Alvear, K., Olivares, B. y Pasmanik, D. (2014). Psicología Comunitaria hoy: Orientaciones éticas para la acción. *Psicoperspectivas*, 13 (2), 44-54.



Capítulo 11

Acompañamiento psicológico para la mitigación del impacto de la hospitalización en un servicio de pediatría



Laura Alejandra Toledo Ospina³³

Tatiana Noguera Morales³⁴

33 Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana. Correo: lauratoledo.10@hotmail.com

34 Psicóloga. Especialista en Neuropsicología Infantil. Magíster en Salud pública. Docente de la Universidad Pontificia Bolivariana. Correo: tatiana.noguera@upb.edu.co

Los niños hospitalizados son vulnerables a padecer dificultades, no solo en lo relacionado con su estado físico, sino también en su estado emocional, en el que el miedo, los temores, la angustia, la separación de sus seres queridos, el nuevo ambiente, entre otros factores, pueden afectar su pronta recuperación, sus relaciones sociales y sus vínculos afectivos; así como generar fobias, trastornos afectivos y consecuencias en su desarrollo socioemocional (González, 2006).

A partir de lo anterior, Caumo et al. (2000) afirman que el miedo y la ansiedad son parte de la experiencia que rodea la situación de hospitalización. Para los autores el evento de estar hospitalizado por diferentes circunstancias (intervención quirúrgica, enfermedad física, control, rehabilitación, etc.) suele ser generador de estrés y miedo, así como de diversas emociones que pueden dificultar la rehabilitación, la recuperación y el bienestar del niño.

Según Fernández y López (2006), un niño hospitalizado al estar viviendo una serie de estímulos estresantes y quizás amenazantes para su integridad física puede encontrarse en una situación de vulnerabilidad que abarca también alteraciones emocionales, del comportamiento y cognitivas.

Por tal razón, el desarrollo de un programa de acompañamiento psicológico para mitigar el impacto de la hospitalización en los niños, niñas y adolescentes del servicio de pediatría de una IPS de Palmira Valle buscó cumplir con el objetivo de la creación de estrategias de intervención a través de actividades lúdico/artísticas relacionadas con el juego, la lectura, la educación, las actuaciones y el acompañamiento psicológico a la impresión diagnóstica o diagnóstico médico, procedimientos diagnósticos como toma de rayos X, ingestión de fármacos y toma de exámenes. Todo ello buscando mejorar la percepción de la realidad y brindando una mejor estancia y recuperación del paciente pediátrico.

El trabajo se efectuó en varias etapas: en primer lugar, se realizó una revisión documental sobre el tema con el fin de identificar y soportar conceptualmente el desarrollo del programa. Tras la revisión y fundamentación de la teoría se realizó un trabajo de campo en el que se utilizaron como herramientas de recogida de datos tres cuestionarios sobre las emociones, actitudes y percepciones que se identifican y se evidencian al momento del ingreso hospitalario de un niño, niña, adolescente o acompañantes. Para el diligenciamiento de los cuestionarios se contó con la participación del personal de salud, pacientes pediátricos y familiares o acompañantes. En un segundo momento se desarrolló la estructuración del programa de acompañamiento y las actividades lúdico- artísticas a implementar con los niños y familiares, las cuales permitieron que se disminuyeran las reacciones emocionales negativas que conlleva la hospitalización.

Finalmente, se evaluó el programa por medio de un cuestionario dirigido hacia el personal de salud, familiares y pacientes pediátricos intervenidos, el cual permitió revisar la eficacia, la efectividad y eficiencia del programa desarrollado.

Definición del problema

El trabajo expuesto desarrolló un programa de acompañamiento psicológico para la mitigación del impacto de la hospitalización en el servicio de pediatría de una institución de salud en Palmira, en donde a través de la práctica profesional en psicología y la lectura de diversos documentos se logró identificar que el acompañamiento psicológico en el servicio es limitado. Ciertamente el hospital cuenta con el servicio de psicología, donde se atienden a los pacientes a través de las interconsultas, sin embargo, en esta atención no se figuran actividades específicas para mitigar la dolencia o para afrontar situaciones difíciles que surgen durante el proceso de hospitalización y de la enfermedad. Por lo tanto, el programa se creó con el objetivo de facilitar el proceso de adaptación a través de diversas actividades lúdico/artísticas y acompañamientos psicológicos durante los procedimientos diagnósticos para poder alcanzar un nivel óptimo de vida de acuerdo con las circunstancias o condiciones de cada niño, niña o adolescente.

Por consiguiente, el trabajo supone una revisión documental sobre la situación que debe enfrentar la población pediátrica al enfermar en donde en un primer momento se ubica a la enfermedad como la causa que lleva al niño(a) a entrar en contacto con el hospital. La gravedad y tipo de tratamiento que esta requiera determinará el tiempo que estará ingresado. La literatura ha mostrado que la separación del niño(a) de su medio habitual e insertarlo a un contexto que, aunque sea breve su estancia, le produce estrés (Fonseca, 2005). Diversos autores han mencionado que las reacciones más comunes que el niño presenta durante el proceso de hospitalización según Zetterstrom (1949, citado por Torres y Salazar, 2015) son: rechazo a los alimentos, alteraciones del sueño como insomnio, pesadillas o fobias a la oscuridad, enuresis o encopresis diurna o nocturna, retroceso a comportamientos más primitivos, pérdida de los niveles adquiridos previamente, dificultades en el aprendizaje o conducta social, depresión, inquietud, ansiedad, terror a los hospitales, al personal médico, a las agujas, los procedimientos diagnósticos como toma de rayos X, la ingestión de fármacos, miedo a la muerte, mutismo y regresión autista, grados de incomunicación o retraimiento en el contacto con la gente.

También se ha mencionado por Torres y Salazar (2015) que las reacciones más frecuentes de los niños frente a la hospitalización de acuerdo con la edad son: en menores de un año, dificultades en las conductas adaptativas frente a los cambios de rutina, en los ambientes y los objetos familiares. Dados los procesos de formación de vínculos, el

niño requiere de cuidados y afecto. En los niños(as) entre uno y tres años, surge miedo a la separación de los padres o cuidadores y al abandono por parte de estos. En estas edades la ansiedad por separación puede ser significativa. Para el caso de los niños(as) mayores de 3 años, aparece miedo a lesiones corporales o al dolor y hacen una representación de la enfermedad como si fuera un castigo por haber hecho algo inadecuado. Por su parte, en los niños(as) escolares se significan temores y fantasías respecto a la naturaleza de la enfermedad, las preocupaciones por la separación del grupo de compañeros o hermanos, además que hacen una percepción de la enfermedad desde las causas externas, pero ubicadas en su cuerpo. Finalmente, el grupo de los adolescentes padecen conductas ansiosas relacionadas con la pérdida de independencia, el control y la identidad. Logran explicar lo que está pasando por su cuerpo y la disfunción que puedan estar presentando a causa de su enfermedad.

Ahora bien, para la definición del problema se realizó la recolección de datos a través del reporte de ingreso y egreso de los pacientes pediátricos en el año 2017 y mitad del año 2018, dicha información fue facilitada por el personal de enfermería con el fin de incorporar información que diera cuenta sobre la hospitalización infantil. Esto permitió obtener un bosquejo sobre cuáles son los diagnósticos médicos más frecuentes, grupos de edades y total de pacientes que ingresaron al servicio de pediatría. Todo ello permitió evidenciar las edades de los pacientes que frecuentaron en el año 2017, de los cuales había desde un día de nacido hasta los quince años de edad, tanto hombres como mujeres. Se encontró que los de un año de edad son los que más frecuentan el servicio y la mayoría de ellos son de clase social baja. Los diagnósticos principales fueron: sífilis congénita, bronconeumonía, neumonía, bronquiolitis, crisis asmática, gastroenteritis, infección en las vías urinarias (IVU), sospecha de abuso sexual, maltrato infantil e intento suicida. Frente al periodo de estancia en el servicio se halló que es de uno a siete días debido a que no se cuenta con el servicio de psiquiatría u otros especialistas. Hasta mitad del año 2018, las edades de los pacientes que frecuentaron el servicio fueron de un día de nacido hasta los catorce años de edad, siendo los de un año de edad los que más frecuentan. Los diagnósticos principales fueron los mismos del 2017 añadiendo enfermedades diarreicas aguas (EDA) y anemia. El periodo de estancia durante el servicio fue de uno a cuatro días (véase anexos 1, 2, 3, 4).

Esta recolección de datos permitió esclarecer que el programa a llevar a cabo debía contener en sus objetivos intenciones frente a:

- » Reducir la vulnerabilidad del niño y los padres al estrés y hospitalización.
- » Potenciar la habilidad del niño y los padres para afrontar el proceso de hospitalización.

- » Promover la participación de los padres como apoyo del niño.
- » Tener en cuenta la individualidad del niño en relación al nivel de funcionamiento cognitivo.

De este modo, las cifras permitieron soportar que el programa de acompañamiento psicológico debe adaptarse a los diferentes grupos de edades, diagnósticos médicos y estado anímico de los pacientes para poder brindar el acompañamiento.

Estado del arte

La estrategia de búsqueda de los antecedentes se desarrolló a partir de palabras claves como programas de acompañamiento psicológico, experiencias de los niños hospitalizados y programas de apoyo emocional a familiares. Frente a ello, las investigaciones se movilizan alrededor de intervenciones de educación y acompañamiento en salas de pediatría, las cuales se enfocan en actividades lúdicas, de lectura permanente, escuela en el hospital, educación en salud, entre otras (Hospital Universitario del Valle – Evaristo García, ESE, s.f.).

Asimismo, se identificaron investigaciones que visualizan la importancia de los programas de acompañamiento psicológico a familiares y pacientes con enfermedad terminal dentro del proceso de aceptación de la muerte (Suárez, 2008). También, alrededor de la importancia de la interacción con los profesionales de salud durante la hospitalización y desde allí, cómo los contenidos afectivos y sociales permiten una comprensión diferente en la experiencia hospitalaria (Noreña y Cibanal, 2011). En otras investigaciones, autores como Ferreira y Mello (2014) dieron a conocer experiencias de los padres frente a la incertidumbre de la salud de sus hijos debido al miedo por la muerte de otros niños, lo cual se acompaña a la interacción con los profesionales de salud, llevando a direccionar reflexiones en la importancia de las acciones que dirigen cuidado. Por otro lado, estudios exponen también los beneficios del acompañamiento emocional desde las aulas hospitalarias, no solo por las estrategias recreativas y de acompañamiento emocional, sino también en la sensibilización frente al tratamiento especial de los niños, niñas y adolescentes que favorezcan sus derechos fundamentales y no sean limitados o restringidos por sus condiciones de salud (Fundación Telefónica, 2015).

Asimismo, se han dado a conocer intervenciones que dirigen atenciones integrales y humanizadoras bajo acciones psicológicas, sociales, educativas y de ocio a los niños, niñas y familiares afectados por enfermedades como cáncer. Desde las acciones sociales se brinda información y gestión de recursos y prestaciones, apoyo emocional e información

y orientación. Por último, en las acciones educativas se realizan seguimientos escolares y en el programa de voluntariado actividades lúdicas con el objetivo de proporcionarles un espacio de esparcimiento en donde se olviden de su condición médica.

Otra intervención en España dio a conocer una iniciativa de acompañamiento a niños menores de doce años y sus familias durante la hospitalización superior a dos días, en la cual bajo la temática de superhéroes se buscaba el bienestar emocional de los mismos, teniendo en cuenta manuales con consejos para padres, regalos para los niños y servicios de telemedicina (Monroy, 2018). Todo ello evidencia estrategias que adhieren terapias de risa, encuentros de lectura, vinculación de estrategias psicopedagógicas con las que el contexto hospitalario acompaña psicológica y lúdicamente a los niños, niñas y jóvenes para así disminuir las reacciones emocionales negativas (Hospital General de Medellín, 2018).

El recorrido expuesto muestra una perspectiva significativa frente a la necesidad de reducir estrés emocional, afrontamiento de la hospitalización frente a los procedimientos que realizan conllevando a crear capacidades cognitivas y emocionales en lo que respecta el contexto en el que se encuentran. De igual forma, la configuración de las implicaciones de la atención humanizada con el fin de reducir perturbaciones en el proceso de adaptación personal. Por tal razón, el interés de realizar el programa de acompañamiento psicológico se direccionó en favorecer canales de comunicación, afrontamiento, habilidades sociales, autoestima, entretenimiento, intervenciones entre familiares y niños, entre otros, con la finalidad de brindarle un espacio y momento diferente durante su estancia hospitalaria y el proceso de su enfermedad.

Beneficiarios

Beneficiarios directos: institución de salud en Palmira.

Beneficiarios indirectos: niños, niñas, adolescentes, familiares de los pacientes y personal de salud.

Consideraciones éticas

En este apartado es importante resaltar que el siguiente proyecto se rige a partir de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en donde se establece en el artículo 5 que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su

bienestar. Posteriormente en el artículo 6 se plantea que la investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios: se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución, se contará con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación y se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Objetivos

Objetivo general

Proponer un programa de acompañamiento psicológico para la mitigación del impacto de la hospitalización en el servicio de pediatría del Hospital Raúl Orejuela Bueno.

Objetivos específicos

- » Realizar un análisis contextual del impacto de la hospitalización percibida por parte del personal de salud, usuarios y acompañantes en el servicio de pediatría.
- » Plantear acciones que estructuren y dinamicen el programa de acompañamiento psicológico en el servicio de pediatría.
- » Identificar la pertinencia del programa de acompañamiento psicológico en el servicio de pediatría.

Metodología

El proyecto constituyó un aporte de lo teórico y lo práctico en donde se ubica el paradigma sociocrítico, ya que este es de gran utilidad porque logra una transformación de la realidad de los grupos sociales de cualquier ámbito. Por ende, el paradigma sociocrítico se fundamenta en la crítica social con un marcado carácter autorreflexivo; pues considera

que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos; pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano; y se consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y transformación social. Se utiliza la autorreflexión y el conocimiento interno y personalizado para que cada quien tome conciencia del rol que le corresponde dentro del grupo (Alvarado y García, 2008).

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Los datos fueron recolectados durante el segundo semestre del 2018 y consistió en 25 horas de observación participante, que fue orientada bajo cuatro fases. Además, se realizaron 30 cuestionarios a niños, padres y personal de salud sobre las reacciones de los niños frente a la hospitalización. Los datos recogidos en los diarios de campo de este estudio se clasificaron y analizaron de forma manual y los cuestionarios se digitalizaron en Excel 2016.

Observación participante:

Los datos fueron recolectados durante el periodo 2018-20 y consistió en 25 horas de observación participante, que fue orientada bajo cuatro fases: la primera consistió en observar, escuchar y registrar cada acción y reacción que presentan los niños, familiares y personal de salud durante las valoraciones médicas y procedimientos diagnósticos; en la segunda fase se comenzó a participar de manera paulatina con el objetivo de ir obteniendo una amplia visión sobre el campo a trabajar y las participaciones a realizar; en la tercera fase se disminuyó la observación y la participación comenzó a ser más activa, y en la cuarta fase se organizaron y se analizaron los datos. Del mismo modo, como estrategia para iniciar el trabajo de campo se interactuó con el personal de salud con el sentido de facilitar el acceso al campo y proporcionar informaciones especiales.

Desarrollo y aplicación del cuestionario:

Se diseñaron tres cuestionarios autoadministrados con preguntas de tipo dicotómicas y politómicas sobre las emociones, actitudes y percepciones que se identifican y se evidencian al momento del ingreso hospitalario de un niño, niña, adolescentes o acompañantes. Por lo tanto, el primer cuestionario se dirigió al personal de salud el cual

contiene 18 preguntas y tres categorías sobre diagnóstico médico, contexto sanitario (diseño y estructura del hospital), reacciones y comportamiento del paciente pediátrico durante el proceso de hospitalización. El segundo cuestionario se dirigió a los padres o acompañantes el cual contiene 15 preguntas y tres categorías sobre diagnóstico médico, contexto sanitario (diseño y estructura del hospital) y reacciones y comportamientos de los pacientes pediátricos durante el proceso de hospitalización. Finalmente, el tercer cuestionario se dirigió al paciente pediátrico el cual contiene 25 preguntas y 5 categorías sobre diagnóstico y procedimientos médicos, contexto sanitario (diseño y estructura hospitalaria y organización propia del hospital [normas]), reacciones durante la hospitalización y relaciones personales.

De esta forma, participaron del estudio diez trabajadores de personal de salud, como médicos generales, pediatras, enfermeras y psicólogos, predominando el intervalo de enfermeros.

Después fue necesario el establecimiento del vínculo con el participante del estudio y su familia para entonces presentarles la invitación para participar del estudio. Por lo tanto, se realizaron diez entrevistas dirigidas a siete madres, un padre, una prima y una cuidadora.

Finalmente, la aproximación con los niños ocurrió de dos maneras diferentes: la primera fue por conversaciones informales y la segunda por la realización de actividades lúdicas como juegos, actividades grafo-plásticas, etc. Por ende, se realizaron diez cuestionarios a niños y preadolescentes con edades comprendidas entre los cuatro y doce años de edad, predominando el intervalo de edad entre nueve y doce años con diversos diagnósticos médicos.

Proceso de recogida de datos y consideraciones éticas:

La recogida de datos fue realizada por la investigadora en donde se les explicó a los pacientes pediátricos, padres o acompañantes y personal de salud el objetivo y la importancia del estudio solicitándoles su participación voluntaria y asegurándoles la confidencialidad y el anonimato de los datos.

Del mismo modo los datos recolectados fueron digitados en tres planillas diferentes en el programa Excel 2016 y graficados posteriormente.

Acciones dinamizadoras del programa de acompañamiento psicológico

1. Diseño de la estructura del programa de acompañamiento:
 - a. Establecimiento del nombre y logo del acompañamiento psicológico.
 - b. Introducción, objetivos, conceptualización, recursos humanos, materiales, económicos y actividades lúdico/artísticas para desarrollar en el programa.
2. Implementación de las actividades lúdicas/artísticas y acompañamientos psicológicos a los procedimientos diagnósticos.

Las técnicas que permitieron el desarrollo de las actividades fueron: técnicas grafo plásticas, que consisten en el uso del arte como un grupo de procedimientos en una ciencia o actividad determinada y hacen uso de habilidades o destrezas para lograr resultados óptimos y efectivos (Chuva, 2016). De manera específica, las técnicas grafo plásticas son actividades simbólicas que permiten las manifestaciones intelectuales, afectivas y de motricidad fina en los niños y las niñas. En dichas técnicas el trabajo se realiza a través de las manos, los dedos y la visión, favorecen también el desarrollo de habilidades motoras finas y la imaginación dentro del contexto educativo como preparación para el proceso de enseñanza-aprendizaje y posteriormente para la lecto-escritura (Chuva, 2016).

Ahora bien, al acompañar estas técnicas con el juego favorecen, estimulan, fortalecen y desarrollan valores con los demás, siendo una forma de disfrutar el trabajo que está realizando. De igual manera, impactan emocional y afectivamente los procesos de construcción de identidad, seguridad, confianza en sí mismo, con el mundo que lo rodea y la autoestima desde las interacciones que establecen con sus pares significativos (Haeussler, 2000).

Los niños al dibujar, pintar y modelar pueden llegar a satisfacer necesidades esenciales como la expresión ya que puede favorecer la liberación de ansiedad, miedos o problemas que estén presentando. Finalmente, dentro del desarrollo de la creatividad las técnicas empleadas fortalecen habilidades para la resolución de problemas según Velastegui (2013), por lo cual se ha propuesto según los autores la incentivación desde edades tempranas.

La literatura ha mostrado diferentes tipos de técnicas grafo plásticas como el dibujo, el cual cumple funciones de expresión de emociones, pensamientos y sentimientos. La dácilto-pintura, al posibilitar la manipulación directa hace de esta técnica una actividad satisfactoria sensorialmente a nivel visual, táctil y kinestésica (Chuva, 2016). Otra técnica que aparece es el modelado, esta permite la realización de trabajos tridimensionales con distintos tipos de materiales que favorecen el desarrollo kinestésico dado que estimula diferentes dimensiones, ejercita los músculos de las manos, posibilita la regulación de la agresividad y fortalece la motricidad fina y la atención.

Por otro lado, aparece los recortes y pegado que consiste en rasgar, arrugar, pegar, plegar y recortar el papel que estimulan las destrezas sensorio-motriz, la coordinación óculo-manual y las capacidades creadoras (Chuva, 2016).

Campaña de donación “¡Súper sueños!”:

Esta campaña se creó con el objetivo de recoger cuentos, juegos didácticos y material de manualidades para poder desarrollar las actividades lúdico/artísticas con los niños y poder dotar el área de juegos y crear el espacio de lectura (ver anexo 8).

Acompañamiento psicológico a los procedimientos diagnósticos:

El acompañamiento psicológico durante la estancia hospitalaria se realiza con el objetivo de brindarle a los niños un entorno cálido, divertido, humanizado y de confianza en donde disminuyan su temor hacia los procedimientos diagnósticos como, toma de exámenes, toma de rayos X, canalización u otros procedimientos. Por lo tanto, se les explica a los niños en un lenguaje sencillo y se realizan actividades lúdico/artísticas informándoles los procedimientos que se le van a realizar.

Plan de acción

El plan de acción de esta propuesta de intervención permitió el cumplimiento de las actividades establecidas para el desarrollo oportuno del programa. Como punto de partida se planteó la estructuración del programa de acompañamiento psicológico para la mitigación del impacto de la hospitalización en el servicio de pediatría del Hospital Raúl Orejuela Bueno y para ello se definieron tres fases:

- » **Primera fase:** durante el transcurso de esta fase se realizará un conocimiento del contexto con el objetivo de detectar las necesidades y poder priorizarlas. Estas ayudarán a planificar de manera más acotada las posibles acciones a desarrollar a cabo en el proyecto.
- » **Segunda fase:** una vez detectadas las necesidades que se van a trabajar se planificarán las actividades que se realizarán con los niños dentro del hospital, las cuales están relacionadas a actividades lúdicas/artísticas de acuerdo con su edad, patología, estado anímico y acompañamientos psicológicos durante los procedimientos diagnósticos.

De igual manera se construirá el programa que tiene como resultado un documento de circulación dentro del servicio, que sirva como guía para el personal de salud en el desarrollo del programa.

- » **Tercera fase:** una vez implementadas las actividades y puesta en marcha la aplicación, se procederá a realizar la evaluación del proyecto ya que esto posibilitará la revisión de la oficina, efectividad y eficiencia del programa. Frente a esto, se propone llevarlo a cabo a través de un cuestionario a los beneficiarios del servicio, logrando dar cuenta del impacto del programa realizado, en la cual se dará cuenta de la pertinencia del programa, actividades realizadas y aspectos a mejorar.

Conclusión

Desde la revisión documental que permite el soporte conceptual del programa y los resultados obtenidos a partir de las valoraciones proporcionadas por parte del personal de salud, familiares y pacientes pediátricos sobre la estancia hospitalaria se logra identificar que la hospitalización supone, casi siempre, un importante paso en lo que se refiere a la salud de la persona; pero, con frecuencia, se asocia con consecuencias psicológicas adversas entre las que podemos destacar las siguientes (Lizasoán y Polaino-Lorente, citado por Domínguez, 2016):

- » Alteraciones comportamentales tales como agresividad, conducta de oposición, falta de adhesión al tratamiento médico, trastornos de sueño, de apetito, respuestas de evitación, mutismo y dependencia afectiva.

- » Alteraciones cognitivas tales como déficit de atención o dificultad para concentrarse.
- » Alteraciones emocionales como ansiedad, miedos y temores, depresión, apatía o falta de interés por las cosas.

Por lo que se refiere a la infancia en las intervenciones realizadas se logró observar e identificar que estas alteraciones son frecuentes en los niños hospitalizados, además de que los familiares también presentan alteraciones debido a que la hospitalización es un acontecimiento que representa una carga estresante. De igual forma, estas reacciones emocionales aumentan por la falta de comunicación e información que presentan los pacientes pediátricos y sus familiares sobre la enfermedad, diagnóstico médico y tratamiento y por las características del contexto sanitario como diseño y estructura hospitalaria y organización propia del hospital (normas, rigidez, monotonía).

Asimismo, a través de la recogida de datos por las diferentes técnicas se logró evidenciar que cuando un paciente pediátrico se encuentra hospitalizado todo su entorno social y familiar se ve afectado debido a que el paciente y su familia deben integrarse a un nuevo contexto diferente, lo que constituye una fuente de problemas y tensiones, sin tener en cuenta a los que existen a causa del diagnóstico médico del niño. Así, la hospitalización infantil representa una crisis familiar, económica y un desequilibrio emocional.

Por ello estas necesidades y falencias que se logran identificar a raíz de la hospitalización infantil se deben resolver en el entorno hospitalario con el objetivo de brindar una atención humanizadora en donde se prepare psicológicamente a la familia y al niño para afrontar dicha situación. De igual manera, a partir de diferentes técnicas, estrategias y métodos se debe intentar reducir el impacto psicológico de la hospitalización, por esa razón, podemos y debemos ofrecerle al paciente pediátrico y su familia un abanico de estrategias de afrontamiento y de actividades lúdico/artísticas para que se pueda enfrentar la situación de manera oportuna y convertir la hospitalización en un escenario y experiencia positiva.

Por lo tanto, la importancia de instaurar un programa de acompañamiento psicológico radica en brindarle al niño y su familia un acompañamiento y un espacio de esparcimiento que procuren convertir esa vivencia traumática de la hospitalización en una vivencia enriquecedora y oportuna para su desarrollo.

Finalmente, en este estudio realizado los acompañamientos psicológicos y las actividades lúdico/artísticas han demostrado ser eficaces a la hora de controlar y mitigar las manifestaciones emocionales y conductuales que se derivan de la hospitalización infantil.

Asimismo, se demostró eficiencia y efectividad en el programa debido a que se generó un menor impacto emocional y una comprensión de la enfermedad, diagnóstico médico y tratamiento del paciente pediátrico contribuyendo y favoreciendo la humanización de la atención hospitalaria dentro del servicio de pediatría.

Ahora bien, las actividades desarrolladas a nivel lúdico/artístico permitieron identificar diferentes formas y maneras de creatividad, sistematización y simbolización a imágenes que ayuda a comunicarnos y a entender nuestras experiencias en el mundo. Por ello, las actividades realizadas incluyeron movimientos, gestos, tactos, colores, juegos, sabores, dramatizaciones, colores y materiales como pintura, colores, plastilina y texturas con el objetivo de crear un espacio de esparcimiento y un medio terapéutico para que el paciente pediátrico expresara a través de estas técnicas lo que está ocurriendo en su ámbito afectivo y darle la oportunidad de manifestar, canalizar y despojarse de las emociones, ideas y pensamientos que conlleva la hospitalización.

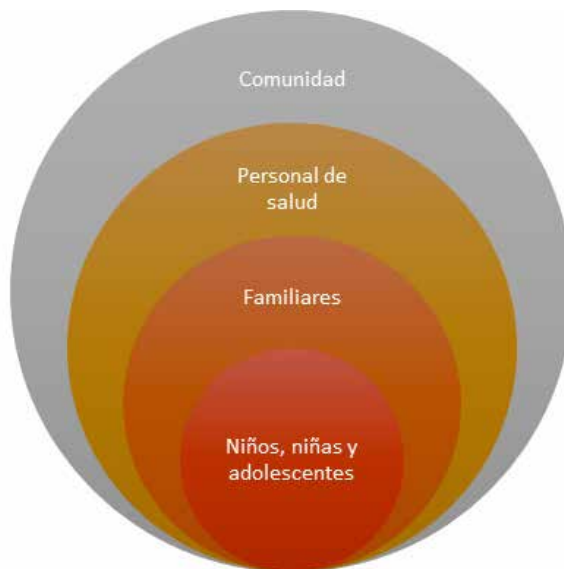
Posteriormente las actividades y acompañamientos que se desarrollaron estuvieron direccionadas hacia mejorar la calidad de vida de los niños hospitalizados, ayudándoles a entender y afrontar la enfermedad y procedimientos diagnósticos a través de la estrategia del juego simbólico el cual posibilitó empoderamiento, confianza, aprendizaje y resolución de problemas por medio de la estructuración de una situación ficticia como si realmente estuviera pasando. De igual manera, por medio de la promoción del juego, lectura, creatividad y arte se consiguió cambiar el concepto de la hospitalización, consiguiendo llenar sonrisas y fortalecer las habilidades para la vida. Por lo tanto, las actividades y acompañamiento actúan como medios de canalización de emociones que colaboran activamente y efectivamente en la recuperación de los pacientes pediátricos.

Finalmente, las actividades lúdico/artísticas y acompañamientos psicológicos generaron un impacto emocional en los pacientes pediátricos y sus familiares debido a que a través de la información y acompañamiento sobre el estado de salud del paciente y tratamiento se reducen las cargas emocionales que supone la estancia hospitalaria y se desarrolla una comunicación asertiva entre el personal de salud debido a que los familiares ya han comprendido el estado de salud del menor y no existe la necesidad de estar constantemente preguntando cuál es la condición médica del niño. Asimismo, frente a las actividades desarrolladas se observó que los pacientes pediátricos reducen el estrés, la ansiedad y el temor frente a la hospitalización debido a que gozan, expresan, desarrollan y fortalecen los lazos afectivos con sus familiares y personal de salud.

Además, mediante dichas actividades lúdico/artísticas y acompañamientos psicológicos se dio cumplimiento a los derechos del niño, se mejora su calidad de vida y se humaniza la atención. Con ello se logró identificar que el programa se definió a partir

de una contextualización sobre la hospitalización y el conjunto de actividades lúdico/ artísticas y acompañamientos encaminados a la atención humanizadora de la población infantil, persiguiendo un bienestar físico y mental y brindándoles una respuesta a sus demandas o necesidades. Por ello, a través de los principios de igualdad, globalidad y universalidad cada una de las líneas o acciones estratégicas diseñadas e implementadas se desplegó y se desarrolló en la acción social debido a la instauración del programa y las acciones basadas en el compromiso y bienestar de la población infantil, lo cual hace que se evidencie un impacto en la población.

Figura 33. Impacto generado por el programa de acompañamiento



Fuente: elaboración propia.

Por lo tanto, la contextualización sobre la hospitalización infantil llevó a dar cuenta sobre las alteraciones comportamentales y emocionales que presentan los niños y familiares durante la estancia hospitalaria en donde esa demanda y necesidad precisaba un reconocimiento y ámbito de intervención para proteger, velar y ofrecer atenciones y estrategias que respondan esa demanda. Así pues, en la planeación y en el desarrollo de las actividades se buscó minimizar el impacto de la hospitalización en los pacientes pediátricos y sus familiares restaurando capacidades y conectándolas con sus recursos de afrontamiento para que pudieran superar y enfrentar adecuadamente la situación de la hospitalización. A través de los resultados se logró identificar y evidenciar que las intervenciones no solo favorecieron a los pacientes pediátricos y sus familiares, sino también al personal de salud debido a que cuando se realizaban los acompañamientos psicológicos con los niños y familiares sobre el ingreso hospitalario y procedimientos

diagnósticos el personal asistencial podía desempeñar y desarrollar sus funciones de manera eficaz. Por ejemplo, las enfermeras podían realizar la toma de exámenes y canalización de manera eficaz, de igual manera se disminuyó en estrés laboral a causa de las informaciones que se les reportaba a los familiares haciendo que dejaran de preguntar de manera constante sobre el estado de salud del paciente. Asimismo, durante las actividades lúdico/artísticas los pacientes y familiares se encontraban tan entretenidos que las enfermeras podían desempeñar sus demás funciones como diligenciar las evoluciones en el sistema.

Por consiguiente, se generó un impacto en la población infantil, familiares y personal de salud, considerado el concepto de impacto como “el cambio inducido por un proyecto sostenido en el tiempo y en muchos casos extendido a grupos no involucrados en este (efecto multiplicador)” (Barreiro, citado por Liberta, 2007).

Como conclusión, podemos afirmar que el desarrollo de este programa confirma los hallazgos de estudios anteriores en los que se señala el impacto de la hospitalización y de las intervenciones realizadas con la población infantil, por ello el programa queda abierto para que se dé su continuidad y se convierta en modelo de más investigaciones.

Referencias

Afacmur. (2018). *Servicios*. <http://afacmur.org/servicios.php>

Alvarado, L. y García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(2), 187-202.

Bisquerra, R. (2016). *El modelo de Goleman: Inteligencia emocional – Daniel Goleman*. <http://www.rafaelbisquerra.com/es/inteligencia-emocional/modelode-goleman.html>

Bogdan, R. y Taylor, S. (1975). *Introduction to qualitative research methods: a phenomenological approach to the social sciences*. J. Wiley.

Caumo, W., Broenstrub, J., Fialho, L., Petry, M., Brathwarr, O., Bandera, D., Loguercio, A. y Ferreira, B. (2000). Risk factors for postoperative anxiety in children. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 44(7), 782–789.

- Chuva, P. (2016). *Desarrollo de la motricidad fina a través de técnicas grafo-plásticas en niños de 3 a 4 años de la Escuela de Educación Básica Federico González Suárez* [tesis de pregrado]. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/12732/1/UPS-CT006603.pdf>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2006). *Constitución Política de Colombia de 1999*. <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- De Paz, J. (1997). Salud y enfermedad. En J. De Paz (Dir.). *Pediatría preventiva y social* (pp. 21-24). Abbot Laboratorios.
- Díez, L. (2017). *Aspectos psicológicos del niño hospitalizado* [tesis de pregrado]. Universidad de Valladolid.
- Domínguez, C. (2016). *Los héroes también juegan: propuesta de intervención: una app y un proyecto socioeducativo*. <http://hdl.handle.net/2445/110243>
- Espada, J., López, S., Méndez, X. y Orgilés, M. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, (1), 139-154.
- Fernández, A. y López, I. (2006). Transmission of emotions, fear, and infantile stress in hospitalization. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 631-645.
- Fernández, M. y Grau, C. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, (33), 203-212.
- Ferreira, P., de Lima, A. y de Mello, F. (2014). Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 432-439.
- Fonseca, M. (2005). Una experiencia de trabajo en el contexto hospitalario: programa de atención psicopedagógica para el niño y adolescente oncológico y su grupo familiar. *Extramuros*, 8(22), 1-9.
- Fundación Telefónica. (2015). *Aulas Fundación Telefónica en Hospitales*. <file:///C:/Users/laura/Desktop/Aulas-Fundacion-Telefonica-en-hospitales.pdf>
- Fundación Atresmedia. (2018). *Los niños hospitalizados de más de 230 centros ponen su memoria en forma con una aplicación de 50 juegos*. <https://fundacion.atres->

media.com/nuestros-proyectos/humanizacion-hospitales-infantiles/noticias/ninos-hospitalizados-mas-230-centros-ponen-memoria-forma-aplicacion-juegos_2015060259d634a60cf2304a273c4630.html

- Fundación Theodora. (2018). *Nuestra misión y programas*. <https://es.theodora.org/es>
- González, A. (2006). Ansiedad y miedos en niños ante la hospitalización. Investigación, intervención, programas y técnicas. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia*, 3(3), 84-100.
- Haeussler, I. (2000). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Médica Panamericana.
- Hernández, M. y Ullán, A. (2005). *Los niños en los hospitales: espacios, tiempos y juegos en la hospitalización infantil*. Ediciones Témpera.
- Hospital General de Medellín. (2018). *Atención a niños, niñas y adolescentes*. <http://www.hgm.gov.co/index.php/atencion-al-ciudadano/atencion-a-ninos-ninas-y-adolescentes>
- Hospital Universitario del Valle – Evaristo García, E.S.E. (s.f.). *Pediatría*. <http://www.huv.gov.co/web/sites/default/files/portafolio%20huv%202016/portafolio%20todos%20%20servicios%20medicos/PORTAFOLIO%202016%20pdf/Pediatrica.pdf>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2006). *Código de la infancia y la adolescencia. Ley 1098 de 2006*. <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>
- Krueger, R. (1988). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Pirámide.
- Ley 1616. (2013, 21 de enero). *Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Congreso de la República de Colombia.
- Ley 1878. (2018, 9 de enero). *Por medio de la cual se modifican algunos artículos de la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, y se dictan otras disposiciones*. Congreso de la República de Colombia.
- Liberta, B. (2007). Impacto, impacto social y evaluación del impacto. *Acimed*, 15(3), 1-9.
- Lizasoáin, O. (2000). *Educando al niño enfermo: perspectivas de la pedagogía hospitalaria*. Eunate.

- Martínez, P. (2002). *La orientación psicopedagógica: modelos y estrategias de intervención*. EOS.
- Méndez, J., Ortigosa, J. y Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4(2), 193-209.
- Monroy, J. (2018). “Superhéroes”, el nuevo programa de acompañamiento para niños hospitalizados de cigna. [Mensaje en un blog]. <http://www.terranea.es/blog/superheroes-ninos-hospitalizados-cigna/>
- Muniáin, A. (2003). El niño con cáncer. Problemática social. *Osasunaz*, (5), 101-120.
- Noreña, A. y Cibanal, J. (2011). La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19(6), 1-8.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud*. Plaza y Valdes.
- Peterson, L. y Mori, L. (1988). Preparation for hospitalization. En D. Routh (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology*. The Guilford Press.
- Pérez, R. (1991): *Pedagogía experimental. La Medida en Educación. Curso de Adaptación*. UNED.
- Piaget, J. (1986). *Psicología evolutiva*. Paidós.
- Raffo, P. (2007). Acompañamiento psicológico y terapia psicológica. En *Atención integral a víctimas de tortura en procesos de litigio*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (pp. 45-90).
- Resolución 8430. (1993, 4 de octubre). *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Congreso de la República de Colombia.
- Sociedad Colombiana de Pediatría. (2011). *Derechos de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados*. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2014/08/Derechos-de-la-ninez-y-los-servicios-de-saludadaptacion-para-Colombia-2011.pdf>
- Suárez, D. (2008). *Importancia de un programa de acompañamiento psicológico a familiares y pacientes con enfermedad terminal, dentro del proceso de aceptación de la*

muerte en el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala (SOLCA). Núcleo de Quito [tesis de pregrado]. Universidad de las Américas, Ecuador.

Torres, D. y Salazar, D. (2015). *Repuestas del profesional de enfermería frente a las diferentes reacciones emocionales que presenta en el niño hospitalizado en las salas del Hospital Roberto Gilbert* [tesis de doctorado]. Universidad de Guayaquil, Ecuador.

Velásquez, L. (2015). *Niños hospitalizados: Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles*. ECOE Ediciones.

Velastegui, P. (2013). *La expresión plástica y su incidencia en el desarrollo de la creatividad de los niños y niñas del primer año de educación básica del Instituto Tecnológico Experimental “Consejo Provincial de la Pichincha”*. [tesis de pregrado]. Universidad de Loja, Ecuador.





Sello Editorial

Universidad Nacional
Abierta y a Distancia

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA
Y A DISTANCIA (UNAD)**

Sede Nacional José Celestino Mutis
Calle 14 Sur 14-23
PBX: 344 37 00 - 344 41 20
Bogotá, D.C., Colombia

www.unad.edu.co

