



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO.

**METODOLOGÍA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA COMUNITARIA EN EL  
DISTRITO 13D11 SAN VICENTE – SUCRE DE LA ZONA 4.**

En opción al grado académico de:  
MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTOR

Ps. Cl. Enrique Quiroz Zambrano

Guayaquil, junio del 2017



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO.

**METODOLOGÍA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA COMUNITARIA EN EL  
DISTRITO 13D11 SAN VICENTE – SUCRE DE LA ZONA 4.**

En opción al grado académico de:  
MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTOR

Ps. Cl. Enrique Quiroz Zambrano

TUTORA

Msc. Nadia Soria Miranda

Guayaquil, junio del 2017

## DEDICATORIA

A mis preciosos: July y Matt.

## AGRADECIMIENTO

A mis padres, por tanto apoyo, aún.

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue contribuir a la atención psicológica en el Distrito 13D11, zona 4 Ecuador, mediante la implementación de una metodología de atención psicológica comunitaria. Para alcanzar dicho propósito se caracterizó inicialmente la atención psicológica, luego se fundamentó teóricamente la metodología a fin de plantear los principios metodológicos para la implementación de la misma, para al final evaluar por criterio de expertos implicados-afectados, lo implementado. Para esto se consideró un enfoque cualitativo a partir de un diseño de investigación-acción, el cual permitió trabajar con una población de 429 participantes en el proceso, ya sea como sujetos de la atención, referentes comunitarios o institucionales, prestadores del servicio, docentes, o investigadores. Entre los principales resultados se logró plantear cuatro principios para el trabajo psicológico comunitario: Co-responsabilidad, co-elaboración, co-participación, y co-evaluación, que permitieron brindar atención psicológica a 381 personas, en un total de 1128 prestaciones. Los resultados obtenidos dejaron varias conclusiones, tales como que no es conveniente partir del “ideal de comunidad”, que aunque es metodológicamente y políticamente deseable crear guías, o métodos pre-concebidos para el trabajo comunitario, aquello se inscribe en la lógica de “la receta”, y de la imposición externa; en cambio se confirmó que es posible partir de los principios metodológicos de co-responsabilidad, co-participación, co-elaboración y co-evaluación, y que estos axiomas organizadores conducen a la aplicación de una propuesta que en este caso tributó un significativo número de prestaciones y procesos de atención psicológica; más allá de las dificultades propias de trabajar con una variedad de demandas.

**Palabras clave:** Atención psicológica, psicología comunitaria, metodología de trabajo comunitario, comunidad,

## METHODOLOGY OF COMMUNITY PSYCHOLOGICAL CARE IN THE 13D11 DISTRICT SAN VICENTE - SUCRE FROM ZONE 4.

### ABSTRACT

The objective of this research was to contribute to the psychological care in District 13D11, zone 4 Ecuador, through the implementation of a methodology of community psychological care. In order to reach this goal, psychological attention was initially characterized, then the methodology was theoretically based in order to propose the methodological principles for the implementation of the same, in order to evaluate, by the criterion of affected-affected experts, what was implemented. For this purpose, a qualitative approach was considered based on an action-research design, which allowed the work of a population of 429 participants in the process, either as subjects of care, community or institutional referents, service providers, teachers, Or researchers. Among the main results were four principles for community psychological work: Co-responsibility, co-elaboration, co-participation, and co-evaluation, which provided psychological care to 381 people in a total of 1128 benefits. The results obtained left several conclusions, such as that it is not convenient to start from the "ideal of community", that although it is methodologically and politically desirable to create guides, or methods pre-conceived for community work, this is inscribed in the logic of "Recipe ", and external taxation; On the other hand, it was confirmed that it is possible to start from the methodological principles of co-responsibility, co-participation, co-elaboration and co-evaluation, and that these organizing axioms lead to the application of a proposal that in this case taxed a significant number of Benefits and processes of psychological attention; Beyond the difficulties of working with a variety of demands.

Keywords: Psychological care, community psychology, community work methodology, community.

## ÍNDICE

PORTADA.....	i
PORTADILLA.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	6
1 MARCO TEÓRICO.....	6
1.1 Antecedentes de investigación.....	6
1.2 Enfoque y marco conceptual.....	12
1.3 Definiciones de Psicología comunitaria.....	14
1.4 Características de la psicología comunitaria.....	16
1.5 De la intervención a la participación comunitaria.....	18
1.6 La psicología y el saber en la práctica comunitaria.....	21
1.7 Del empoderamiento al involucramiento comunitario.....	27
1.8 La psicología comunitaria y la salud mental.....	29
CAPITULO II.....	34
2 METODOLOGÍA.....	34
2.1 Situación problemática.....	34
2.2 Planteamiento del problema de investigación.....	35
2.3 Formulación de los objetivos.....	36
2.3.1 <i>Objetivo General:</i> .....	36
2.3.2 <i>Objetivos Específicos:</i> .....	36
2.4 Perspectiva general y tipo de investigación.....	36
2.5 Hipótesis y/ preguntas científicas.....	39
2.6 Definición de categorías o constructos.....	40
2.7 Población y muestra.....	42
2.8 Métodos, técnicas e instrumentos.....	43
2.8.1 Método.....	43
2.8.2 Técnicas e instrumentos.....	47
2.9 Procedimiento.....	52
2.9.1 Fase 1, Planificación, Identificación de hechos.....	52
2.9.2 Fase 2, Análisis.....	53

2.9.3	Fase 3, Implementación.....	54
2.9.4	Fase 4, Evaluación .....	55
2.9.5	Fase 5, Elaboración de informe de resultados.....	56
CAPITULO III.....		57
3 ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....		57
3.1	Resultados asociados al objetivo 1: Caracterización de la atención psicológica en el Distrito 13D11 .....	57
3.2	Resultados asociados al objetivo 2: Fundamentación de la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria en el Distrito 13D11. ....	61
3.3	Resultados asociados al objetivo 3: Planteamiento de los principios metodológicos de Atención Psicológica Comunitaria en el Distrito 13D11.....	62
3.4	Resultados asociados al objetivo 4: Implementación de la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria en el Distrito 13D11 .....	66
3.5	Resultados asociados al objetivo 5: Evaluar por criterio de expertos implicados-afectados la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria .....	74
3.6	Discusión de resultados .....	78
3.7	Conclusiones .....	88
3.8	Recomendaciones .....	91
3.9	Bibliografía .....	92
ANEXOS		

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1	Operacionalización de las categorías de estudio .....	40
Tabla 2	Criterios de Inclusión de participantes.....	42
Tabla 3	Participantes del estudio .....	42
Tabla 4	Servicios de atención psicológica en el Distrito 13D11 .....	57
Tabla 5	Demandas de atención psicológica en el distrito 13D11 .....	59
Tabla 6	Registro anecdótico de reuniones de trabajo con co-responsables comunitarios e institucionales .....	69
Tabla 7	Indicadores de las prestaciones realizadas .....	73
Tabla 8	Análisis de la demanda recibida en atención.....	73
Tabla 9	Análisis de contenido de entrevistas con expertos implicados-afectados.....	75
Tabla 10	Frecuencias halladas en las entrevistas de co-evaluación .....	77
Tabla 11	Análisis de recurrencias en la co-evaluación.....	78
Figura 1.	Trabajo de demandas en la Atención Psicológica Comunitaria .....	65
Figura 2.	Ruta del proceso de Atención Psicológica Comunitaria.....	71

## INTRODUCCIÓN

En psicología, en ocasiones se vuelve necesario abandonar la comodidad del consultorio o de las paredes protectoras de las instituciones, e internarse en la comunidad, quizá en un intento por salir de alguna marcada astenia dogmática, e ir sin la luz de una segura hipótesis, provisto apenas de unos cuantos propósitos científicos.

Al estilo de lo propuesto por Marx, hay que desplegar un esfuerzo significativo para documentar una práctica, en este caso la psicológica, cuyo antecedente científico necesita cuestionar su fecundidad operativa. Es menester hacer uno mismo la dura prueba de los hechos, más allá del metodismo y la replicación distante, es preciso dejar la blandura de la academia para auto-abandonarse en la lógica de la realidad empírica, concreta.

Mientras “la salud ha sido uno de los sectores más impactados por la globalización en la mayoría de los países” (Socarrás S., Bolet, & Lara R., 2010, pág. 291), es relativamente fácil advertir “el gran desafío que la Psicología y los psicólogos enfrentan, a partir de su historia y complejidad de teorías, prácticas e ideologías, para construir saberes y prácticas más sintonizadas con las necesidades de salud de la población” (Seiji A., Spink, & Souza B., 2012, pág. 80).

Los servicios psicológicos comunitarios, según Blanco (1998), nacieron de la necesidad de dar respuesta al quehacer de los psicólogos, quienes “precisan alejarse de las situaciones de laboratorio y acercarse a los asuntos reales de verdad, consecuencia de las mayores exigencias de su formación práctica” (Saúl, López-González, & Bermejo, 2009, pág. 19).

Suele ubicarse a las comunidades y a sus integrantes como meros objetos de estudio, a los que se visita cuando tienen se necesidad que satisfacerles. En este trabajo de investigación, se entiende que las comunidades no son objeto de estudio sino sujetos portadores de conocimientos, por tal, participan en este proceso de investigación, no solo como informantes clave, sino como co-creadores y evaluadores directos de lo trabajado conjuntamente.



Según Ghiso (2013), la investigación comunitaria: “permite la recuperación, descripción y textualización de las experiencias y prácticas de convivencia” (pág. 130). Actualmente, existen marcados esfuerzos e iniciativas para extender el trabajo en materia de salud pública que incluyen las acciones de la comunidad, en las últimas décadas (Staliano, Araujo, & Coêlho, 2009), lo que ubica a la psicología comunitaria, como “una forma de psicología aplicada al escenario de la comunidad y la sociedad” (Andrade-Salazar, 2012, pág. 159).

Según la Organización Mundial de la Salud, (2001): “a medida que se creen servicios de atención comunitaria y que la salud mental se integre en los sistemas de salud general, las personas asumirán nuevas funciones y responsabilidades” (pág. 4). Ahora bien, si según la OMS, el objetivo último de cualquier servicio de salud mental es asegurar el tratamiento y asistencia en la comunidad, es, en el contexto de la Salud comunitaria que el nuevo paradigma de salud en la región puede tener mayor sentido (Morales, 2015, pág. 123).

Pearl (2008) señala la necesidad de especializar psicólogos en terapias familiar y comunitaria. Por esto, para Orozco (2008):

Para contribuir en forma más amplia a su solución, un número significativamente mayor de psicólogos deben abandonar sus métodos de consultorio, la aplicación de pruebas y medidas y dejar de clasificar a las personas entre los polos de normalidad-anormalidad, para asumir proyectos que permitan abarcar la complejidad de los problemas (pág. 497).

Para alcanzar un fin como ese se requieren cambios en los objetos de investigación en psicología y en las metodologías que ésta adopte, para asumir la complejidad y especificidad con criterios propios, con miradas nuevas, distintas a las propuestas de la psicología convencional, pero sin perder el rigor metodológico fundamental. Perspectivas que usualmente brinda la investigación cualitativa, que rigurosamente aplicada, permite reconocer las prácticas, creencias, cosmovisiones y componentes complejos de los fenómenos.

En este estudio se adopta el enfoque cualitativo, ya que la investigación cualitativa como señala Rebolledo & otros (2012): “ha desarrollado criterios de validez y fiabilidad que

le dan rigor científico a sus estudios, llevándolos a estar al mismo nivel de credibilidad que el otro paradigma (pág. 23). Por esto, este proyecto propone lo que Orozco (2008):

Adoptar diseños metodológicos que posibiliten la descripción de trayectorias y rutas de cambio, (...) adaptar metodologías de obtención de la información propias de otras ciencias, que, conservando el objeto de la psicología, faciliten un análisis en profundidad del psiquismo humano, sin caer en la descripción banal (pág. 497).

Dado que, según Valencia & otros (2014): “en los últimos años ha aumentado el número de demandas a Salud Mental relacionadas con Trastornos Mentales Comunes y códigos Z” (pág. 741), el trabajo que los psicólogos realicen debe estar guiada por la reflexión crítica de su práctica sobre la realidad intervenida, y que les interviene, desde las realidades en las que están inscritos. Puesto que, según Moral (2008): “la salud ha de ser conceptualizada como un asunto comunitario y político que realmente involucre a quien se sienta sensibilizado para ello, sugiriendo, más que imponiendo” (pág. 91).

A su vez “la psicoterapia clínica necesita direccionar su mirada hacia las actuales demandas, buscando la actualización de su práctica con estudios empíricos” (Pereira, Andrade, Bento, & Tiellet, 2013, pág. 433). Para estas demandas y para los casos más complejos, se debe introducir la figura del psicólogo clínico y la atención psicoterapéutica en la comunidad.

Esto ha hecho eco en las investigaciones y publicaciones a nivel internacional. Diversos estudios sobre el quehacer científico en el campo de la Psicología, publicados en revistas especializadas, dan cuenta de que las áreas con más cantidad de divulgaciones son: Procesos de Género, Identidad Social y Cultural y Psicología Social Comunitaria (Vega R. & Sánchez, 2010, pág. 81).

Además, Rebolledo & otros (2012) manifiestan que: “como consecuencia de las transformaciones que ha vivido la sociedad, las instituciones formadoras de recursos humanos, como las universidades tienen dentro de sus misiones servir de agentes de cambios de las comunidades de su entorno” (pág. 19). Y esto a su vez, se relaciona con lo que sostienen Socarrás, Bolet, & Lara (2010): “La mayor preocupación acerca de la educación

superior está en la pertinencia y calidad, en el sentido de su capacidad de dar respuesta a las demandas de la sociedad en general y del sistema de salud en particular” (pág. 292).

Así, este estudio busca contribuir en la profundización de elementos conceptuales y prácticos que tributen al conocimiento y ejercicio de esta área de la psicología, la cual es, en términos generales, según Puga (2012): aquella que trata de la comunidad y que reconoce en ésta su rol activo en la intervención (pág. 196). Más allá de su denominación como social o comunitaria, esta “psicología con la comunidad” ha sido reconocida como una importante área de estudio, que entre otras, aporta significativamente al descubrimiento de factores protectores de salud mental, tal como lo registran Amar, Abello LL, & Acosta (2003): “son la psicología de la salud y la psicología de la salud comunitaria las que han aportado las más significativas” (pág. 109).

“La historia de la psicología muestra que la demanda social es una de las impulsoras más eficaces de nuevos desarrollos teóricos” (Sánchez V. & Morales, 2002, pág. 12); dado que en el trabajo psicológico comunitario confluyen un sin número de demandas que interpelan al psicólogo y a los conocimientos psicológicos actuales, y que son susceptibles de ser revisados. Según Sánchez y Morales (2002) uno de los signos distintivos de la psicología comunitaria es la integración del psicólogo en el contexto de trabajo: “El supuesto de partida es que dicho trabajo será más eficaz si hay un compromiso del psicólogo, lo que exige, a su vez, que este no sea ajeno al contexto” (pág. 12).

La presente investigación considera también las condiciones, situaciones y procesos en las personas llegan a ser sujetos y agentes sociales, no objetos de la acción o intervención de otros, circunstancias tales conocidas como: participación y activación social, organización colectiva, autogestión comunitaria, apoyo social, etc.

Este proyecto de investigación que parte desde la psicología clínica, considera para su realización, continuos diálogos con varias disciplinas de las ciencias sociales, entre las principales: la psicología comunitaria, la psicología social, la antropología, la sociología, y el psicoanálisis, como el marco interdisciplinario en que se inscribirá la investigación.

Además, este trabajo de investigación se adscribe a lo propuesto por Sánchez y Morales (2002): “la responsabilidad social como base de la solución de problemas sociales, y a la corresponsabilidad psicólogo-comunidad que evite tanto la irresponsabilidad social del primero como la pasividad o victimización de la segunda” (pág. 19).

Entendiendo que “en la actualidad cobra vital importancia la preparación y divulgación de guías o protocolos de intervenciones esenciales”(Fabelo R., Rojas S., & Iglesias, 2015, pág. 358), y “el papel estratégico de la evaluación de programas y necesidades (Sánchez V. & Morales, 2002, pág. 11), la presente investigación presenta una Metodología de Atención Psicológica Comunitaria, implementada en varias comunidades del Distrito 13D11 (San Vicente – Sucre) de la Zona 4, del Ecuador.

Esta Metodología, que se ha configurado en cinco etapas bien diferenciadas: la etapa inicial de planificación e identificación de hechos, la segunda etapa de Análisis, la tercera de implementación, la fase final de evaluación, y una última para la preparación del informe de investigación; trae consigo algo de memoria sobre la amplia deuda intelectual que la academia ha contraído desde hace mucho, con la realidad concreta, y los sujetos que la componen.

## CAPITULO I

### 1 MARCO TEÓRICO

#### 1.1 Antecedentes de investigación

La salud mental representa un problema global, tal como proponen Moreno y Moriana (2012): “Actualmente, la preocupación por los problemas de salud mental ha aumentado considerablemente a escala mundial debido al impacto que representan a nivel individual, familiar y social y al coste que suponen para los sistemas de salud” (pág. 315).

Como uno de los componentes esenciales dentro de la salud pública, la cuestión de la salud mental para la población en general, sigue siendo un pendiente en la mayoría de poblaciones alrededor del mundo. Según la Organización Mundial de la salud, un 40 % de los países no disponen de una política bien definida de salud mental (OMS, 2001) y un 33% de los países no poseen un presupuesto específico para la salud mental.

Ese escenario sería el resultante de al menos tres factores: por un lado, están los procesos de *psiquiatrización* de la salud mental, por otro la estigmatización que aún conlleva el confinamiento institucional, y por último la falta de competencia y cobertura profesional para enfrentar los retos que este escenario plantea.

El primer factor permite reflexionar sobre los procesos *institucionalizantes* de la salud mental, vigentes aún en la visión actual, los cuales, siguiendo a Foucault (1982), implican el internamiento de todo aquello que se escapa al control, entendimiento o tolerancia social. Así los sistemas penitenciarios, de salud mental y de salud pública llegan a compartir algo

en común: un sujeto internado, ya sea en una cárcel, un servicio psiquiátrico o una clínica de rehabilitación para consumidores de drogas. Frente a esta visión *institucionalizante* de la salud mental, la OMS expone que: “la experiencia acumulada en todo el mundo ha demostrado que los grandes hospitales e instituciones psiquiátricas no son eficaces como se creía” (2001, pág. 2).

En relación con el segundo factor, la OMS, en su último informe sobre la salud mundial, manifiesta que:

La estigmatización y discriminación asociadas a los trastornos mentales conducen a la violación sistemática de los derechos humanos de forma cotidiana en todo el mundo - numerosas personas con trastornos mentales se ven ingresadas y tratadas injustificadamente en instituciones psiquiátricas en contra de su voluntad. Muchas viven en condiciones inhumanas durante años porque la comunidad no ofrece servicios ni apoyo para su tratamiento y rehabilitación (2001, pág. 2).

Si bien es cierto que los servicios de salud mental son escasos por su limitado presupuesto, la pura competencia profesional de los encargados de la salud mental resultaría insuficiente a nivel de equidad social, en la prestación de esos servicios. Al respecto la OMS en su último informe sobre el tema dice que: “no hay suficientes datos que demuestren que la competencia per se introduzca mayor equidad en los servicios de salud” (2001, pág. 4).

Arribamos entonces a un giro paradigmático, el que hubo de dotar de equidad social a los servicios de salud mental, a través de los progresos técnicos, académicos, y sociopolíticos; los cuales según la OMS: “facilitaron un cambio de enfoque, de la atención en grandes instituciones custodiales, que con el tiempo habían llegado a ser represivas y regresivas, a una asistencia comunitaria más abierta y flexible” (2001, pág. 49).

Sin embargo, en países como España, Pastor S. (2008), hace notar la situación de precariedad carencia y falta de equidad en los servicios, especialmente acceso a servicios de asistencia psicológica; en sus términos: “la organización y configuración actual de la asistencia sanitaria es tal que el ciudadano carece de acceso directo a servicios de asistencia psicológica en la red pública” (Pastor S., 2008, pág. 282)

Entonces la OMS promulga la implementación de servicios comunitarios, los cuales: “pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento” puesto que, según esta organización: “la atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas”, y el trabajo comunitario: “es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos (OMS, 2001, pág. 7). Y tal como sentencia Natera & otros (2012): “aunque hoy en día la mayoría de las culturas se superponen y casi no existen culturas puras y aisladas, se deben hacer esfuerzos por entender la salud mental en su contexto, en sus diferentes significados” (pág. 70).

Ahora, si bien el trabajo en salud mental desde una perspectiva comunitaria, parecería mundialmente deseable, una mirada global sobre las investigaciones y estudios sobre trabajo psicológico comunitario, da cuenta de que no son muy frecuentes o abundantes. La mayoría se inscriben desde una lógica más cercana al análisis social, participación y liderazgo comunitario. En una revisión documental, Álvarez y González (2014) determinan que: “los países donde con mayor predominio se ubican los estudios son Brasil, Venezuela, Chile, Argentina, Colombia, España, Francia y Reino Unido” (pág. 101)

En relación al método, las autoras mencionadas encontraron que el 72% de las investigaciones emplearon una metodología cualitativa, de las cuales 51.2% posee un enfoque hermenéutico; un 46.1% de los estudios revisados se orienta hacia un enfoque socio-crítico; el 2.7% recurre al enfoque del interaccionismo simbólico; el 15% con base en un enfoque empírico-analítico de alcance cuantitativo; y el 13% de los estudios corresponde a estudios documentales (Alvarez & González, 2014, págs. 106-108).

A nivel regional, y en referencia al ámbito del adelanto conceptual y científico de la psicología comunitaria, según señalaban Serrano-García y Vargas (1993, pág. 5): “en Brasil, Puerto Rico y Venezuela el desarrollo de un marco teórico está mucho más adelantado que en otros lugares”. Mientras que: “el desarrollo práctico y metodológico de la Psicología Comunitaria en América Latina está mucho más avanzado que su desarrollo teórico (pág. 5).

Para Berroeta y colaboradores, (2014):

La trayectoria y consolidación de la Psicología Comunitaria (PC) en los países hispanoamericanos, es muestra de un desarrollo disciplinar que combina el rigor académico con la sensibilidad social... (...) En su haber cuenta con innumerables aportes en lo epistemológico, conceptual, empírico, procedimental, aplicado que, de una u otra forma, refuerzan el compromiso de sus representantes, con una acción reflexionada y emancipadora, dentro y fuera de la academia. (pág. 1)

Actualmente, “la Psicología Comunitaria es un ámbito disciplinar con una progresiva masificación en Chile” (Winkler, Alvear, Olivares, & Pasmánik, 2014, pág. 45). Según estos autores, que respeta a la comunidad y “realiza una devolución sistemática de sus hallazgos genera cambios en los participantes y en el colectivo” (pág. 51), y es ésta psicología comunitaria, es una disciplina subordinada a la psicología que: “requiere de mayor preocupación y donde se deben destinar esfuerzos, hasta hoy escasos, para desarrollar entramados teórico-técnicos más profundos y que le otorguen mayor legitimidad (pág. 53).

En Ecuador existen muy pocos diseños metodológicos de atención psicológica comunitaria, publicados y promovidos en la sociedad. *Metodología de Atención Psicológica Comunitaria* con todas sus letras, ya que si bien existen un variedad de programas sociales y de salud relacionados con psicología, tanto a nivel estatal o privado (Organizaciones No Gubernamentales), estos, generalmente se basan en propuestas no pensadas desde la comunidad, si no desde visiones externas, desde la agenda del gobierno de turno o del activismo de las ONG's y fundaciones que presentadas bajo una, así enunciada, responsabilidad social, enarbolan proyectos destinados a amparar a comunidades.

Desde el Estado por ejemplo se proponen una serie de planes y metodologías que centralizan los procesos en focos urbanos, a los que deben acudir los <<pacientes>> claro está, para ser atendidos desde la última metodología, que ha generado el nuevo director o el nuevo coordinador de tal o cual cartera de estado, desde su posición central y usualmente, descontextualizada. Estos cambios comúnmente tienen que ver con pequeños giros, inclusiones o modificaciones nominales a los protocolos anteriores. En los sitios rurales, la psicología no es ni siquiera considerada como factor de protección del bienestar comunitario. Ahora bien, “estos sistemas de salud deben evaluarse con métodos que puedan mostrar que



su aplicación deriva en mejores resultados que aquellos basados en estructuras más tradicionales” (Mustaca, 2011, pág. 104).

Desde el sector privado las propuestas si bien son más expeditivas, no pasan de ser (debido al presupuesto usualmente extranjero) actividades que se comprometen con la demanda del financista, por lo se dinamizan a partir de las problemáticas globales o regionales vigentes, que funcionan como una generalizada moda a nivel territorial. La ventaja que se puede estimar de las propuestas metodológicas de este sector, es que implican una acción más descentralizada, llegando a cubrir inclusive áreas rurales.

Hay que decir, sin embargo, que la participación de ambos sectores es necesaria, no se puede menos que reconocer. Por otro lado, es preciso proponer desde la academia, desde su sector más pragmático, nuevos modelos de atención psicológica comunitaria que no dejen de lado a los actores sociales y que los ubiquen realmente como eje medular del proceso de salud mental, pública, comunitaria.

En lo que respecta a las Universidades, su participación en los problemas y dificultades comunitarias a través de sistemas de atención profesional es, se diría, indiscutible. Sin embargo, por ejemplo, en la revisión documental realizada por Saúl y cols., en España, se confirma que: casi un tercio de las universidades no cuentan con estos servicios de atención psicológica o psicopedagógica y si concretamos en servicios exclusivamente de intervención psicoterapéutica, sólo estarían implantados en el 36% de las universidades” (2009, pág. 14). Eso si se considera que: “en los últimos años, la práctica de la psicología clínica es percibida socialmente de forma positiva, tanto en España como en otros países” (Labrador, Estupiñá, & García V., Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados, 2010, pág. 619).

“La Psicología Clínica es una especialidad de la Psicología que tiene ya más de un siglo de existencia” (Botella, Baños, García-Palacios, & Quero, 2009, pág. 88). Durante ese tiempo ha forjado un aparato de conocimientos que evidencian su afirmación como una ciencia autónoma. “Además, se han desarrollado numerosas aplicaciones en ámbitos muy diferentes” (pág. 88) como la psicología educativa, comunitaria, social, etc., en los que ha

buscado trabajar a través de la investigación para generar avances que promuevan “una mayor cercanía entre universidad y la sociedad” (pág. 91).

España, es uno de los países en donde se han sistematizado más, en todo caso, las experiencias de atención psicológica en programas universitarios, consiguiendo la mayoría de ellos un promedio de atenciones que superan las doscientas setenta prestaciones anuales (Martorell & Carrasco, 2009) (Tejedo & López, 2009) (Pérez-Ibáñez & otros, 2015), y superando inclusive las mil prestaciones (Novoa & Ballesteros de Valderrama, 2006), numéricos ciertamente nada desdeñables.

Los programas de atención psicológica universitarios resultan entonces muy trascendentales, no solo para la comunidad sino también para los estudiantes, porque les “permite a los psicólogos en formación un contacto temprano, directo y supervisado con poblaciones diversas, constituyéndose en un espacio idóneo para el aprendizaje” (Rodríguez P. & otros, 2004, pág. 16). Además, La UNESCO, desde 1998 ha hecho hincapié en el fomento del pensamiento crítico, y en la formación de profesionales socialmente responsables, lo cual es “una premisa irrefutable en el ámbito académico” (citado en: Martín N, & otros, 2014, pág. 35 (2014 b, pág. 160).

Ahora bien, esta situación no es una dificultad nada más de este país, como lo señalaba Martín-Baró (1986): “Desde la perspectiva de conjunto, hay que reconocer que el aporte de la Psicología, como ciencia y como praxis, a la historia de los pueblos latinoamericanos es extremadamente pobre”. Aunque sí reconoce que han existido profesionales de la psicología más preocupados por los problemas sociales, su preocupación ha sido canalizadas por las vías políticas convencionales, y usualmente al margen de la psicología, “ (...) cuyos esquemas resultan inoperantes para responder las necesidades populares” (pág. 219).

Siguiendo a este autor, se puede decir que el acento de ineficacia está no solo en la psicología social, sino en la psicología en su conjunto, la teórica y la aplicada, la individual, la social, la clínica y la educativa. “Mi tesis es que el quehacer de la Psicología latinoamericana, salvadas algunas excepciones, no sólo ha mantenido una dependencia servil a la hora de plantearse problemas y de buscar soluciones, sino que ha permanecido al margen

de los grandes movimientos e inquietudes de los pueblos latinoamericanos” (Martín-Baró, 1986, pág. 219).

Quizá los trabajos más prolíficos a la psicología de grupo, y, por lo tanto, comunitaria, sean los diseños y dispositivos psicoanalíticos de Enrique Pichon-Riviere (1999), en Argentina, aunque sean aun mayormente desconocidos en el continente. Entonces desde la difusión, tal vez los aportes sudamericanos con más médula y marca social son los que se generan en la conjunción de la Psicología con otras áreas de las ciencias sociales, en los que la congregación de saberes y experiencias generan nuevos métodos de abordaje comunitario, como por ejemplo el método de la *alfabetización conscientizadora* de Paulo Freire (1970, 1971), que deviene de la educación y psicología, y a su vez de la filosofía y sociología.

## 1.2 Enfoque y marco conceptual

Al respecto del método de Freire, Martín-Baró (1986, pág. 219), opina: “El concepto ya consagrado de conscientización articula la dimensión psicológica de la conciencia personal con su dimensión social y política, y pone de manifiesto la dialéctica histórica entre el saber y el hacer, el crecimiento individual y la organización comunitaria, la liberación personal y la transformación social” (sic).

Sobre todo, la *conscientización* propuesta por Freire, como producción neural crea una respuesta histórica a la falta de palabra personal y social, de las comunidades latinoamericanas, no sólo impedidas para leer y escribir el alfabeto, sino principalmente para leerse y pensarse a sí mismos y para escribir su propia historia. “Lamentablemente tan significativo como el aporte de Freire resulta la poca importancia que concede al estudio crítico de su obra, sobre todo si se compara con el esfuerzo y tiempo dedicados en nuestros programas a aportes tan triviales como algunas de las llamadas «teorías del aprendizaje» o a algunos modelos cognoscitivos, hoy tan en boga” (Martín-Baró, 1986, págs. 219-220).

A partir de las cavilaciones antepuestas se arriba rotundamente a un desenlace, en el que, si se quiere que la Psicología realice aportes válidos a nuestras comunidades y poblaciones, si como profesión ligada al bienestar social, se desea contribuir al desarrollo del país y de la región si fuera posible, se deberá replantear entonces el equipaje teórico, pero

sobre todo el práctico. Más, esta revisión deberá considerar los contextos y particularidades propias de nuestros pueblos, desde sus perspectivas, y sus cotidianidades, como un ejercicio crucial que permitirá reformular los conocimientos existentes y *aportar* más contundentemente desde allí. Aportar desde la connotación del término que subraya Hebe Tizio (2001): a) arribar a puerto; b) contribuir.

Arribamos entonces a una nueva praxis, tal como la propone Martín-Baró: “Todo conocimiento humano está condicionado por los límites impuestos por la propia realidad. Bajo muchos aspectos la realidad es opaca, y sólo actuando sobre ella, sólo transformándola, le es posible al ser humano adquirir noticias de ella” (1986, pág. 226). Se abre así una nueva estrategia de aproximación al conocimiento, la dimensión participativa.

Como expresa Fals Borda, sólo al participar se produce «el rompimiento voluntario y vivencial de la relación asimétrica de sumisión y dependencia, implícita en el binomio sujeto/objeto» (1985, pág. 130). Usualmente, el psicólogo ha pretendido incorporarse en los asuntos sociales desde las instancias de control. La pretendida esterilización científica ha sido, en la práctica, resignarse a la perspectiva de quien tiene el poder y un proceder desde quien domina, cuando “las personas no son receptores pasivos de influencias, son activos protagonistas de su propia salud (Morales, 2015, pág. 121).

José Bleger (1999) hace ya varios años nos dejaba pensar que los objetivos de los psicólogos deben deslindarse de los objetivos de las instituciones, sin embargo, parece que aun los psicólogos escolares trabajan desde la dirección de la escuela, y no desde la comunidad; los psicólogos del trabajo han seleccionado o entrenado al personal según las exigencias del propietario o del gerente, no desde los propios trabajadores o de sus sindicatos; incluso los psicólogos comunitarios han llegado por costumbre a las comunidades montados en el carro los esquemas y proyectos, devenidos del saber omnívoro y el capital.

“No es fácil definir cómo insertarnos en los procesos desde el dominado y no desde el dominador. No es fácil incluso dejar nuestro papel de superioridad profesional o tecnócrata y trabajar mano a mano con los grupos populares” (Martín-Baró, 1986, pág. 227). Más, se impone necesario introducirse en ese nuevo tipo de praxis que transforme realidades, incluidas las de los psicólogos, claro está.

La dificultad de la introducción de los psicólogos en la salud comunitaria, según Morales C., radica en:

(...) las tensiones presentes en el desarrollo de esa relación, especialmente las surgidas del encasillamiento de la psicología en el área de la llamada “salud mental”, del predominio del método clínico y la centralidad en la enfermedad, las limitaciones de los sistemas y servicios de salud para reconocer e incorporar la dimensión del “factor humano”, el hegemonismo de ciertos enfoques teóricos, y el establecimiento de una cultura de consumo/servicios que entre otras causas, restringen los modelos, las expectativas, los espacios de actuación, la formación y las prácticas mismas. (2015, pág. 120).

Según Natera R., y otros (2012, pág. 64): “la salud mental es un constructo social”. Por su parte Morales (2015) añade que, el ser humano, puesto que es ser social construye en las interacciones con otras personas sus propios sentidos sobre la salud y las enfermedades, afronta las amenazas y noxas potenciales del ambiente, y mediatiza su impacto por medio de sus estados afectivos.

Siguiendo a este autor, un factor común en el surgimiento de estas tensiones estuvo en: “la insatisfacción de los psicólogos con el modelo clínico tradicional y con su limitada visión de lo que la psicología puede hacer en el campo” (Morales, 2015, pág. 122). Entonces es necesaria la aportación de psicólogos en la gestión, investigación, diseño e implementación de programas en el campo de la salud mental, y la correspondiente creación de espacios para los psicólogos en salud comunitaria y la salud en general.

### **1.3 Definiciones de Psicología comunitaria**

Al respecto de una definición de lo que es Psicología comunitaria, Maritza Montero (2004) expresa:

Puede decirse que la mayoría de los autores define a la psicología comunitaria como aquella que trata de la comunidad y que es realizada con la comunidad. Esta definición permite delimitar lo comunitario y lo asistencial con bastante claridad, pues, si se excluye el rol activo de la comunidad, podrá tratarse de aplicaciones psicológicas

concernientes a la salud, la educación, el asesoramiento, aspectos específicamente clínicos que, aunque tengan lugar en el territorio propio de la comunidad (si lo hay), no implicarán un trabajo comunitario al no contar con la participación de quienes integran la comunidad a la cual se dirijan esas acciones ni con su perspectiva del asunto. (pág. 31)

Esto supone la primera particularidad de la psicología comunitaria: lo comunitario implica el rol activo de la comunidad, su participación activa, esto es, "no sólo como invitada, o como espectadora aceptada o receptora de (Sawaia, 1998) beneficios, sino como agente activo con voz, voto y veto" (Montero M. , 2004, pág. 31).

El cambio social o, como dice Sawaia (1998, pág. 182) el "movimiento de recreación permanente de la existencia colectiva", es una constante en la mayoría de definiciones sobre psicología y salud comunitaria. A esto se agrega su carácter científico y aplicado señalado desde el debut de esta disciplina (Rappaport, 1977).

Montero hace una revisión más minuciosa de estas primeras definiciones:

Los primeros psicólogos comunitarios propiamente dichos no estuvieron muy inclinados a definir la psicología comunitaria. Un buen ejemplo de ello es el caso ya mencionado de Rappaport (1977), quien al preguntarse qué es la psicología comunitaria, señala el conflicto o la compleja relación entre individuo y grupos sociales (1977: 1), resaltando asimismo el derecho a la diversidad y a la igualdad, a la educación y a la información, y confiesa su insatisfacción con las definiciones dadas en el ámbito estadounidense hasta ese momento. Finalmente, termina por señalar los tres aspectos antes mencionados. Otro ejemplo es Newbrough (1973; 1974), quien igualmente, más que definir el campo, señala su objeto o su ámbito de trabajo: la interacción entre las personas y su ambiente, desde una perspectiva ecológica. Newbrough y Rappaport figuran entre los pioneros en los Estados Unidos y entre quienes más aportes han hecho a la subdisciplina, aparte de generar corrientes teórico-prácticas impulsoras de muchos estudios. Probablemente, en ese cuidado influía el hecho de que estaban fundando un campo y en esos casos, si bien se suele saber lo que no se quiere hacer, suele ser más difícil, al menos al inicio, expresar lo que sí se quiere hacer. (2004, pág. 31)

La misma Montero en 1982 definió por primera vez la psicología comunitaria (definición repetida en 1984) como la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social.

Entonces esta definición implica (Montero M. , 2004, pág. 32):

- Un rol diferente para los profesionales de la psicología: el de agentes de transformación social, que comparten su conocimiento con otros actores sociales, provenientes de la comunidad (...).
- La ubicación de la subdisciplina como campo interdisciplinario, pues al plantear cambios sociales asume un objetivo igualmente planteado en otras ciencias sociales.
- La detección de potencialidades psicosociales y el estímulo de las mismas.
- Un cambio en el modo de enfrentar la realidad, de interpretarla y de reaccionar ante ella.
- Hacer psicología para la transformación positiva, social e individual.
- Cambios en el hábitat, en el individuo, en las relaciones individuo-grupo-sociedad. Los cambios en el individuo llevan a cambios en los grupos a los cuales pertenece, entre ellos la comunidad, y viceversa, (...). Se produce así una relación dialéctica de transformaciones mutuas.

Hasta aquí, se puede estimar que ni aun cuando se está ante el uso inexacto que a veces se hace del término <<comunitario>> para cubrir viejas prácticas paternalistas, asistencialistas o individualistas, no se puede invisibilizar, que actualmente existe un cuerpo de conocimientos que indica la extensión y la profundidad de la psicología comunitaria. Así mismo, tampoco establecer demarcaciones sería labor útil, debido a que en ciencias sociales se entiende que los límites entre las disciplinas son difusos.

#### **1.4 Características de la psicología comunitaria**

Heller y Monahan (1977, pág. 21) presentaban como propios de la psicología comunitaria los siguientes aspectos:

- El enfoque ecológico.
- La preocupación por problemas del "funcionamiento humano", que incluían la prevención de trastornos, pero que iban más allá de aquellos tradicionalmente señalados como "de salud mental".
- La investigación multidisciplinaria, colaboradora, ya que el campo de las comunidades no es privativo de una sola ciencia.
- El énfasis en la capacidad para enfrentar los problemas, en la adaptación y la competencia y no sólo en los trastornos.
- Un enfoque empírico, experimental, de la intervención social.
- El rechazo (Heller y Monahan usaron el verbo "evitar") del modelo médico.

En un análisis de estos mismos criterios Montero, expresa que en la psicología comunitaria actual: “el primero, el cuarto y el sexto están presentes como fueron enunciados entonces. El segundo y el tercero han sido ampliados a través de la praxis (...). Y el quinto se ha ampliado, pues se han creado y adoptado otros modelos de investigación que incluyen aspectos cualitativos, entre ellos se ha desarrollado especialmente la investigación-acción participativa” (2004, pág. 33).

Ahora bien, Maritza Montero presenta las características de la psicología social comunitaria:

- Se ocupa de fenómenos psicosociales producidos en relación con procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el cual surgen.
- Concibe a la comunidad como ente dinámico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados constructores de la realidad en que viven.
- Hace énfasis en las fortalezas y capacidades, no en las carencias y debilidades.
- Toma en cuenta la relatividad cultural.
- Incluye la diversidad.
- Asume las relaciones entre las personas y el medio ambiente en que viven.
- Tiene una orientación hacia el cambio social dirigido al desarrollo comunitario, a partir de una doble motivación: comunitaria y científica.



- Incluye una orientación hacia el cambio personal en la interrelación entre individuos y comunidad.
- Busca que la comunidad tenga el poder y el control sobre los procesos que la afectan.
- Tiene una condición política en tanto supone formación de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil.
- La acción comunitaria fomenta la participación y se da mediante ella.
- Es ciencia aplicada. Produce intervenciones sociales.
- Tiene un carácter predominantemente preventivo.
- A la vez, y por su carácter científico, produce reflexión, crítica y teoría. (Montero M., 2004, pág. 34)

### **1.5 De la intervención a la participación comunitaria**

Estas características revisadas hacen necesario pensar, en el escenario de esa acción comunitaria dinamizada por agentes sociales involucrados, por un lado, y en el carácter eminente preventivo que implica, por el otro. Siguiendo esta línea de ideas, Lapalma dice que: “desde el punto de vista de la psicología comunitaria la intervención social comunitaria hace referencia a procesos intencionales de cambio, mediante mecanismos participativos tendientes al desarrollo de recursos de la población, al desarrollo de organizaciones comunitarias autónomas” (2001, pág. 61).

Por su parte, Navarro & otros (1989) ya avizoraban que:

“La intervención del psicólogo en el ámbito comunitario (...) se desarrolla, en su mayor parte, a través del trabajo en Servicios Sociales, (...) Sin embargo, es necesario señalar que su novedad como forma de trabajo ha puesto de manifiesto la ausencia, en la mayoría de casos, de una clarificación conceptual y operativa de las funciones y desempeños de rol de cada una de las figuras profesionales que componen el equipo: (Navarro D., Peiró, & Luque, 1989, párr 2-3).

Valdría pensarse allí, en ese escenario social, la cuestión de *la intervención*. Antar Martínez dice que aunque: “el término intervención (social o psicosocial) es moneda común en la Psicología Social y otras disciplinas aledañas preocupadas por la puesta en práctica del

conocimiento en proyectos sociales concretos (e.g. psicologías de la salud y comunitaria, trabajo social)” (2014, pág. 3), y que: “Sin duda, ha contribuido a generar un territorio de posibilidad para emprender proyectos de transformación social que han generado mejoras en las condiciones sociales para sectores y comunidades específicos” (2014, pág. 4), Igualmente, “la Intervención se ha convertido, pues, en un lugar común, “una moneda que ha perdido su troquelado”, en una noción naturalmente asumida que ha quedado fuera casi por completo de la problematización y la reflexión crítica” (Martinez G, 2014, pág. 4).

Es decir, coincidiendo con este autor, se puede elucidar que, aunque ciertamente a partir de enfoques participativos y comunitarios “se ha llevado a cabo un trabajo de análisis y problematización en torno a los fundamentos teóricos, sociales y metodológicos en el campo de la intervención, cierto es también que el concepto mismo de intervención ha sido apenas cuestionado” (Martinez G, 2014, pág. 4).

Gutiérrez, Sorribas y Gil indican que “Se puede definir la intervención social como la acción que se realiza *sobre* personas y grupos con la intención de producir una mejora” (citados en Martinez G, 2014, pág. 7). Ahora bien, La preposición *sobre* nos indica que esa acción que recae en alguien, es decir, es una acción que un agente realiza sobre alguien, y ciertamente *no con* alguien. “En estas circunstancias, -dice Martínez-, la *intención de producir una mejora* (el programa) sólo puede ser localizada en quien emprende la acción (responsabilidad)” (Martinez G, 2014, pág. 13). En este sentido, la característica de este modelo de intervención social es que tanto el diseño metodológico (el programa), como el compromiso y la participación (responsabilidad) queda del lado del agente externo.

Dicha analogía permite asomarse al sentido (semiótico-pragmático) que es denotado en la noción de intervención. Muestra que ésta opera con un guion de acción predeterminado que requiere unos personajes delimitados y una específica acomodación de la escena y las acciones. Un agente y un paciente, un procedimiento y una energía que provienen del primero de ellos, un cambio en el segundo (cambiado) a partir del adiestramiento buscado por el primero, una solución deliberada.

“Esta escena coloca al intervenido como un actor sin agencia, sujeto al mismo tipo de influencias que reciben los objetos físicos del mundo cotidiano” (Martinez G, 2014, pág.

14). Del latín *intervetio ōnis*, que significa: interponerse, el término se caracteriza además etimológicamente con verbos y proposiciones como "examinar y censurar", "controlar o disponer", "dirigir" o "interponer su autoridad" (Espasa, 2001) proponiendo una posición de exterioridad. En esta particular significación, la intervención es re-creada como una demanda a las comunidades o actores sociales meta para "entregarse a otro que tiene el poder que le confiere el saber, dentro del espacio artificial de la intervención" (Carballeda, 2002, pág. 17)

Así sólidamente apoyada en la voz <<erudita>>, no hay vacilación alguna a la hora de referirse a aquello que se denomina intervención psicosocial. Esta cosificación del término se evidencia en la literatura sobre el tema, que con frecuencia no se detiene a definir o caracterizar el concepto de intervención, sino que obvia el mismo y sus implicaciones.

Como apunta Alipio Sánchez, citado en (Martínez G, 2014, pág. 15):

El tema de la intervención social (IS) es un lugar común del vocabulario psicológico y social actual; se trata de un término muy usado, pero apenas analizado. En efecto, la escasa literatura sobre el tema aparece dispersa entre varios campos teóricos y prácticos (Ciencia Política, Psicología Comunitaria, Trabajo Social, Psicología y Sociología de la Organizaciones, Psicología Social, Salud Pública, etc.), estando indiferenciadamente englobada en temas afines o limítrofes (...) Las definiciones de IS encontradas en la literatura son escasas y poco explícitas (2002, p. 180).

Gómez González., citando a Bernstein y Nietzel, (1998); y a Trull y Phares, (2003), dice que: "Intervenir" en un sentido literal significa: "venir entre la acción; interceder o interferir", (2010, pág. 45). Es justamente en esa segunda o tercera acepción que tiene asidero la reflexión y el cuestionamiento sobre la lógica implícita de la intervención: <<interceder>> que significa: "hablar en favor de alguien para conseguirle un bien o librarlo de un mal", e <<interferir>> que quiere decir: "cruzar, interponer algo en el camino de otra cosa, o en una acción/causar interferencia" (Real Academia Española., 2001).

Siguiendo la idea de que los significados de las palabras no son inamovibles, monolíticos, de Jacques Derrida (1971), la cuestión entonces es delimitar la naturaleza de la acción comunitaria desde la deconstrucción misma de su discurso, el cual determina su

posición y su acción frente a su trabajo. El término *interceder* puede admitir la idea de hablar por alguien, de tomar la voz de alguien, e *interferir*, puede acusar la acción de perturbar algo.

Desde aquí se plantea la búsqueda de una nueva visión del trabajo comunitario, considerando una postura ya no de intervención, sino de trabajo horizontal, a un mismo nivel de participación de los involucrados en el mismo. A cerca de esto, resulta interesante dar cuenta de que en la investigación tradicional no haya hecho demasiado eco de esta cuestión. Jiménez y otros reflejan esta situación: “aun cuando la literatura ha informado ampliamente sobre la utilidad de integrar miembros de la comunidad al equipo de investigadores/as académicos, la participación de la comunidad sigue teniendo un carácter de consultoría” (2013, pág. 13).

Si bien, tal como propone Wiesenfeld (2014): “Los valores afines a la meta y características enumeradas apelan a relaciones horizontales entre profesionales y comunidades y al reconocimiento del saber comunitario como recurso de sus integrantes, colocándolo al nivel del conocimiento científico o del experto” (pág. 8), la mayoría de propuestas que desde la psicología tratan de dar abordaje a las dificultades comunitarias, trabajan desde una lógica de intervención, de postura vertical, de imposición de saberes de “colonización como proceso” (Rivera S., 2013, pág. 2), esto es, desde un lugar de saber (experto-el que sabe) que ubica al semejante comunitario en el lugar de necesitado (que ignora).

## **1.6 La psicología y el saber en la práctica comunitaria**

Ahora bien, la cuestión del saber resulta ser la piedra fundamental en este entretejido de intereses académicos, políticos y hasta económicos que atraviesan la práctica de la psicología comunitaria. ¿Quién es el que sabe en la práctica de la psicología comunitaria? La respuesta *a-parece* obvia, y se dirá: el psicólogo evidentemente, pero hasta ahora se tendrían nociones y argumentos decisivos para dudar de esa obviedad.

Desde la psicología clínica, una primera respuesta sería la de Bedoya H., Builes C., & Schnitter C: “la acción clínica no es llevada a cabo por el clínico o por el consultante, sino por ambos, cada uno desde su lugar, su búsqueda y su horizonte propio” (2012, pág. 134).

Desde perspectivas quizá más profundas y aún más éticas, frecuentemente orientadas dentro del modelo psicoanalítico, se entiende que el saber del psicólogo es siempre un saber supuesto, un saber entre comillas, puesto entre paréntesis. Es más bien siempre un saber hacer, es decir, un saber hacer con el discurso del *analizante*.

Fue precisamente el psicoanalista francés, Jacques Lacan (1987) quien utilizó en término *analizante*, para sustituir el término analizado o paciente. Este giro ético aclara con facilidad el lugar del sujeto de la atención psicológica, devolviéndole la responsabilidad sobre su proceso. Así el analizante es la persona que realmente analiza. A esta propuesta se puede sumar también la de referirse al sujeto de la atención como: consultante, tal como lo propone Juárez (2014), en un esfuerzo por sensibilizar al sector médico sobre la humanidad y responsabilidad de las personas que se atienden. En concordancia con el espíritu de estas propuestas, en esta investigación se prefiere el término: participante, para las personas que portando un discurso propio acuden un proceso de atención psicológica comunitaria.

La disyuntiva aparente se daría cuando se trata de varios discursos, o de un discurso conjunto-comunitario. Ahí se subraya esa *apariencia* puesto que incluso un discurso individual es siempre a su vez discurso social. Esto se conoce desde hace bastante tiempo gracias a Sigmund Freud, quien fue uno de los primeros en convenir que:

La oposición entre psicología individual y psicología social o de las masas, que a primera vista quizá nos parezca muy sustancial, pierde buena parte de su nitidez si se la considera más a fondo. Es verdad que la psicología individual se ciñe; al ser humano singular y estudia los caminos por los cuales busca alcanzar la satisfacción de sus mociones pulsionales. Pero sólo rara vez, bajo determinadas condiciones de excepción, puede prescindir de los vínculos de este individuo con otros. En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social en este sentido más lato, pero enteramente legítimo. (1921, pág. 67)

Es posible entonces mirar la posición del psicólogo como un profesional envuelto siempre en lo social, más ahora es preciso revisar el enfoque de prevención que maneja para

este fin. Generalmente los programas preventivos enfatizan en suministrar la información considerada necesaria sobre una problemática social, en una suerte de *disciplinamiento* en el que el sujeto ha quedado relegado a un segundo plano.

Las prácticas de prevención que se han configurado a partir de las políticas estatales y que han sido implementadas en los últimos años, se posicionan como propuestas de “prevención integral”, enmarcadas dentro de un fundamento legal que analiza la legitimidad y legalidad de los procedimientos.

Esta así llamada “prevención integral” también se enmarcaría además en el orden del mercantilismo; de allí que los análisis que se incluyen, abordan el tema de la cantidad, presentación y frecuencia de las problemáticas (usualmente patologizadas), mas no profundizan en las mismas de tal manera que provoque cambios profundos. Desde esta perspectiva, la prevención consiste en anticiparse al apareamiento de un fenómeno, disponiendo la instrumentalización técnica necesaria con el fin de conocer de antemano o con anticipación las causas del fenómeno y su respectivo enlistamiento epidemiológico, sin más. La prevención desde esta visión sugiere contar con el diagnóstico de los factores de riesgo y de los protectores, para a partir de aquello ejecutar acciones, que no terminan de cristalizarse porque la investigación preliminar agota pronto tiempo y recursos.

Sin embargo, hay una propuesta novedosa al respecto, una propuesta teórica y procedimental que consiste en un acompañamiento del sujeto hacia donde él lo necesite y no hacia donde los agentes externos a la comunidad lo quieran llevar; esta perspectiva respondería más a una educación en y para la libertad, que a un enfoque intervencionista puesto que no “se trata de actuar sobre el otro” (Egas & Salao, 2011, pág. 903).

Este tipo de prevención es lo que Xavier Renders (psicoanalista belga) llama “Prevención global”, dirigida hacia el “mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos, de sus lazos afectivos y soportes sociales” (Egas & Salao, 2011, pág. 904). Para Renders, la prevención no consiste “en evitar la aparición del evento o de una situación específica” (c.f), si no, al contrario, se contempla que es gracias al apareamiento del evento que el sujeto configura resignificaciones y alternativas de resolución con los que abordar la experiencia.

Por lo que sostener un enfoque de prevención global aportaría al trabajo psicológico comunitario desde escucha y acompañamiento que respete al actor y co-participante social.

Esta propuesta difiere (y si se quiere, supera) a la propuesta de Paulo Freire con respecto de una alfabetización concientizadora, ya que no consiste en un constructo que se halla ligado a una idea de prevención con una referencia u objetivo específico, (que Renders considera como un “primer polo” de prevención (Egas & Salao, 2011, pág. 903), justamente en relación a la propuesta canónica de la Organización Mundial de la Salud (prevención: primaria, secundaria, terciaria) a partir de la cual lo preventivo radica en educar y rellenar con información a los sujetos. Al contrario, desde la posición teórica de Renders, se podría decir que es posible reconocer un saber que no necesariamente empata con el conocimiento y discurso de la academia. Se trata de un saber construido en la subjetividad y legitimado en la experiencia referencial con el otro.

Es preciso, dentro del enfoque preventivo de esta investigación, considerar la idea de Renders (1994) quien sin desestimar el acto educativo como espacio para el trabajo de las subjetividades:

Propone dos momentos dentro del proceso educativo: la normalización y la nombralización. La normalización es un primer movimiento de los adultos hacia los niños, en el cual las personas adultas transfieren sus contenidos propios al niño, quien los recibe y acepta (pero los adultos no saben que el niño no los ha hecho suyos, que no los ha subjetivizado. El niño repite, se impregna, se apropia de ellos, pero no directamente como sujeto (Egas & Salao, 2011, pág. 902).

Mientras que la *nombralización* referiría a un proceso subjetivo, a un tiempo de subjetivación:

En un segundo momento, el niño dice “no”, a lo que viene de los adultos, lo hace a un lado, lo relega para poder darse un espacio psíquico para poder representárselo y un espacio de palabra para nombrarlos. El niño entonces, toma el contenido, lo transforma, lo hace suyo a través de la subjetivación y expresión de la palabra. Es un momento crucial puesto que el menor entra en el orden social y se somete a la ley. (Egas & Salao, 2011, pág. 903)

Desde esta propuesta se entienden las elaboraciones del sujeto (sea este niño, joven o adulto) dentro de un tiempo subjetivo, denominado en psicoanálisis *tiempo lógico*, que evidentemente trasciende en el tiempo cronológico, en el que se mide el, tan supuesto como generalizado, desarrollo de un ser humano; razón por la cual, esta investigación no se limita a la generalización de cualidades y logros que el sujeto debería tener en relación al tiempo de respuesta y elaboración de sus problemas y dificultades psicosociales; al contrario, concierne al modo en el que el sujeto concilia las demandas personales, familiares y sociales.

Así, considerar una perspectiva subjetivante, respetando los tiempos y espacios de cada persona dentro de la trama intersubjetiva de la comunidad, resultaría una postura más horizontal y socialmente responsable. La investigación ha de considerar también esas posturas; a decir de Smith:

Recientemente, la investigación se ha preocupado por integrar más explícitamente las experiencias subjetivas que los individuos aportan a la situación de contacto, reconociendo que la búsqueda de soluciones al conflicto intergrupal implica tomar en cuenta la compleja interacción de variables individuales y situacionales. (2006, pág. 23)

Ahora bien, integrar las experiencias subjetivas implica observar otro tipo de paradigmas, sobre todo en ciencias sociales, de corte más subjetivante. Usualmente se constriñe a los métodos subjetivantes, en pro de canonizar un método <<objetivo>> o más <<neutral>>, que es de igual modo inevitablemente humano. Esta tendencia, que marca la ciencia social actual es un ejercicio heredado de las ciencias naturales y de la física, disciplinas éstas en las que los métodos experimentales puros y cuasi experimentales tienen una realidad epistemológica concreta, asible. No así en las ciencias sociales; pero, a pesar de esto, hay sectores que en una suerte de dentera colectiva buscan reproducir los métodos “duros” del enfoque positivista, dejando de lado la naturaleza propia del investigador social, involucrado con su <<objeto>> de estudio.

Este tema es revisado por Santiago Martínez (2007):



Como es bien conocido, la teoría y la práctica recomiendan y exigen (p. ej., en distintas escuelas psicológicas) la separación higiénica y objetiva del profesional, que jamás debe perder su rol, respecto del paciente, usuario, asistido, etc., o cualquier otro eufemismo (pág. 326).

Así, desde esa visión, el psicólogo comunitario debería estar pre-consignado a mantener la distancia profesional, la posición inocua del que no está ahí, del que mira pero que no influye, que habla, pero no opina, en pro de una pseudo-objetividad ideal. Esa es la visión actual de la ciencia, o del cientificismo, que busca en la cultura de la evidencia, de la evaluación, referenciarse a sí misma, performativamente, autocertificándose.

Koyré (1955), citado por Lacan (2002/1966) describe la ciencia moderna como:

Aquella que no resulta del progreso de la observación o de la empiria; por el contrario, ella resulta de la predominancia de la razón sobre la experiencia. Esto implica que se pone en suspenso la realidad empírica para superponerle modelos ideomatemáticos. El verdadero método experimental hace su aparición. En él, el lenguaje matemático formulará preguntas a la naturaleza e interpretará con el mismo lenguaje las respuestas de la naturaleza. De allí la invención de instrumentos de medida, por ejemplo el termómetro, el cual utiliza la propiedad de dilatación de los cuerpos físicos por efecto del calor para establecer una escala de variaciones numéricas. Es sobre este modelo instrumental matemático que se fundamentará todo experimento considerado científico en el sentido moderno. (Castro, 2016, págs. 30-31).

La actual tendencia científicista, está marcada por esa condición postmoderna en la que según Bilbao (2014) “la ciencia pierde su independencia, el individuo se olvida de sus referencias externas remitiéndose cada uno a sí mismo y el saber se comercializa” (pág. 8). Por supuesto, siguiendo a Maya (2012): “el modelo científico de partida se considera un elemento necesario pero no suficiente para la obtención de resultados (pág. 534)

Para el presente estudio, se prefiere la visión que de la ciencia tiene Winnicott (1998), para quien es el “proceso caracterizado por la observación de los hechos y la modificación de la teoría de acuerdo con el descubrimiento de nuevos hechos” (pág. 39). Lo que resulta importante de esta sencilla definición es que, en esta visión de la ciencia, la verdad nunca se

alcanza, no al menos en su totalidad. Tal como dice Winnicott: “Lo que importa en la ciencia es la construcción de un camino satisfactorio que lleve a la verdad” (pág. 39). Tales enfoques coinciden muy precisamente con el trabajo y postura científica del psicólogo en la comunidad, y con el trabajo de investigación- acción comunitario.

### **1.7 Del empoderamiento al involucramiento comunitario**

Entonces, además de una posición científica abierta y la psicología comunitaria necesita de involucramiento de sus actores y de la población. Aparece ahora en el horizonte de este estudio, el tema del empoderamiento, el cual está siendo actualmente repensado y cuestionado.

Sánchez Vidal (2013), por ejemplo, plantea que:

En la medida en que el devenir social nutre la teoría y la práctica psicosocial, la situación dibujada deberá afectar profundamente la elaboración teórica y la acción en el campo comunitario, proyectando serias dudas sobre la vigencia ideológica y la viabilidad práctica del empoderamiento en el mundo actual. (pág. 286)

Musitu & otros (2004), releyendo el término empoderamiento, consideran que:

Se trata de un concepto de difícil traducción, y que no capta en su traducción al castellano la significación completa que Rappaport le confiere. Literalmente puede ser traducido como em-poderar, es decir, dar poder, dotar de poder, pero el término empowerment se traduce generalmente, no como empoderar sino como potenciación o fortalecimiento. (pág. 172)

A su vez Banda & Morales, hacen notar que: “resulta muy difícil establecer una clara diferenciación del empoderamiento como proceso o como resultado. (pág. 6). Lo que explica, según Sánchez (2013), que el término <<empowerment>>:

Hiciera fortuna tanto en el campo comunitario como en otras áreas que encuentran en él una plataforma conceptual asociada al poder, a la vez que una bandera de enganche retórica para la acción social y política de base que hace explícita la dimensión política del desarrollo humano ausente en conceptos más formalistas o ambiguos, como “derechos” o “capacidades” (pág. 287).

Sánchez apoyándose en Rogers, sostiene además que: “no se trata de instrumentos externos, sino de que, por un lado, el propio psicólogo es, como ha repetido Carl Rogers, parte de la técnica y, por otro, nosotros mismos (además de personas) somos recursos o medios para la comunidad” (Sánchez, 2013, págs. 295-296).

Resumiendo, si se quiere, estas ideas, se puede decir que el registro del constructo <<empoderamiento>>, implica en sí mismo una condición de poder, y unas coordenadas en relación a la posición que se tome frente a ese poder, de suerte tal que el psicólogo que trabaja en la lógica comunitaria, debería cuidar que su ubicación no quede del lado de ese dar poder-dotar de poder, sino que, sin olvidar que el poder en todas las relaciones de ocupe de su construcción conjunta junto al otro.

Así, el empoderamiento bien puede dejar lugar a nuevas formas de trabajo y elaboración conjunta:

Dado que las comunidades no suelen tener poder económico, coercitivo, institucional o mediático, sino, en general, el “poder de los números”, la acción conjunta (y organizada) parece esencial en este nivel micro, pues los poderosos acostumbran a estar bien organizados y suelen contar con el respaldo de unas instituciones –que en buena medida representan sus intereses y valores– (Sánchez, 2013, pág. 298).

Entonces, la psicología comunitaria implica un involucramiento significativo, inclusive sostenido desde un nivel epistemológico, como propone Saforcada (2011):

No podemos mirar para otro lado por ser justamente psicólogos; el sociólogo y el antropólogo puede mirar solo hacia fuera por el objeto de su disciplina pero el psicólogo o la psicóloga no, nosotros mismos somos objeto de nuestra disciplina, no hay escapatoria o no debería haberla. Quienes trabajan con comunidades deberían explicitar su posición política, inclusive partidaria, teniendo en cuenta que no adherir a ninguna corriente de pensamiento político es una corriente de pensamiento político” (pág. 127).

Como proponen Pérez & Fernández (2008): “esta nueva filosofía incluye un replanteamiento de los problemas psicológicos en términos contextuales, ligados a la vida, y no en términos psicopatológicos, ligados a la biología” (pág. 251), de forma que: “la atención psico-social comunitaria debe estar tan cerca como sea posible al espacio social donde se produce la demanda” (pág. 255).

## **1.8 La psicología comunitaria y la salud mental**

La mayoría de modelos cercanos a la salud mental consideran un enfoque biomédico, que, sin ser inadecuado, no puede considerarse suficiente. Este escenario casi global, es según Pérez & Fernández (2008), una especie de <<estatus quo>> que no es fácil de modificar: “el reduccionismo biologicista imperante a la hora de tratar los trastornos o problemas psicológicos está firmemente ligado a la formación del médico y al estilo de trabajo que se le exige” (pág. 255).

Estos autores, proponen argumentos críticos a: “la hiper-medicalización de la vida cotidiana, la inadecuación de la nosología psiquiátrica para explicar los problemas de la persona en su contexto, o las insuficiencias metodológicas de las pruebas de screening” (2008, pág. 254), y concluyen que es necesario incluir el contexto del individuo en la explicación de su comportamiento.

Summerfield & Veale, (2008) caracterizan el hecho de que: “si de promedio una de cada cuatro o seis personas que pasan por la calle, yendo a sus asuntos ordinarios, mientras escribo, son diagnosticables como casos de enfermedad mental, necesitamos reexaminar nuestros modelos antes de examinar a la gente”, (pág. 326)

De lo anterior, se deduciría que hay un número casi inconmensurable <<de enfermos mentales>>, así como evidencian Pérez & Fernández (2008): “las cifras que se manejan de patología mental en la atención primaria están infladas, la mayoría de los casos son “problemas de la vida” que no deben ser “medicalizados” para no alimentar más la “industria de la salud mental”. (págs. 253-254). Criterio que confluye con el de Pastor S. (2008), quien dice que: “además de los trastornos mentales comunes, muchos de los problemas clínicos que se atienden en servicios de medicina general no pueden ser adecuadamente abordados desde un marco exclusivamente biomédico de atención (pág. 282).

En adición, Moreno & Moriana (2012) destacan que: “Un hecho que llama especialmente la atención es que los mismos médicos de familia consideran que un importante número de los pacientes tratados con psicofármacos podrían resolver su problema sin hacer uso de ellos” (pág. 320).

Aunque: “en la actualidad se da un reconocimiento prácticamente generalizado de que en la enfermedad están implicados importantes componentes psicosociales” (Galán, Blanco, & Pérez San Gregorio, 2000, pág. 157), algunos autores tratan de hallar paralelismos entre la psicología comunitaria y la salud comunitaria desde la perspectiva de la atención Primaria de salud, pero, sin embargo: “la organización y configuración actual de la asistencia sanitaria es tal que el ciudadano carece de acceso directo a servicios de asistencia psicológica en la red pública” (Pastor S., 2008, pág. 282).

Siguiendo a Pastor S.: “además de los trastornos mentales comunes, muchos de los problemas clínicos que se atienden en servicios de medicina general no pueden ser adecuadamente abordados desde un marco exclusivamente biomédico de atención (Pastor S., 2008, pág. 282). Este escenario de carencia ha de dar paso a un debate riguroso, de discusión tanto científica como política, que dé inicio a un cambio del modelo actual de atención en salud mental,

Desde esta perspectiva, aunque conservando posiciones verticalmente institucionalizadas, el trabajo de Jorge Rodríguez (Rodríguez J. , 2009), resulta paradigmático, puesto que en él confluyen una serie de miradas y experiencias sobre salud mental comunitaria, que no se reserva autocríticas, y que sistematiza (salvando lo dicho inicialmente) de una manera muy útil los procesos que se llevan en el trabajo psicológico en comunidades.

En el ámbito de la atención psicológica y psicosocial, según Labrador & otros (2015): “la investigación se ha centrado tradicionalmente en la identificación de los factores más específicos y directamente relacionados con el diagnóstico clínico, en especial síntomas específicos, para la toma de decisiones clínicas” (pág. 382). De suerte tal, que, según explican estos mismos autores, citando a un importante número de estudios:

Los avances en esta dirección no siempre han ido acompañados de tasas superiores de éxito de los tratamientos o de un aumento en la calidad de vida (...), lo que alerta sobre la necesidad de tener en cuenta otros factores entre los que destacan las variables de funcionamiento psicosocial (Labrador, y otros, 2015, pág. 382)

Considerando lo expuesto en el año 2007 por Argüello: La actuación psicosocial se convierte entonces, en una aproximación que busca dejar capacidad instalada en las comunidades, (...) de pautas de actuación psicosocial en la dinámica comunitaria” (pág. 19)

Si bien, como opinan Álvarez & Fernández (2008): “la provisión de ayudas psicológicas podría parecer más costosa que la medicación, debido sobre todo al mayor tiempo que requieren (...) si bien no debe haber una obsesión por la abreviación, lo que funciona lleva tiempo y lo que vale cuesta” (pág. 267). Por supuesto, sin detrimento al hecho de que la atención psicológica puede ajustar su aplicación al tiempo limitado que pide la postmodernidad.

Tal como aportan Pimentel & otros (2013):

La aplicación de modelos de atención psicológica en comunidades, que consideren una perspectiva de contexto, apoyaría a los procesos locales y regionales para fortalecer los servicios de atención de la salud mental y el abordaje de las problemáticas psicosociales que aquejan a estas localidades. También es importante sumar en este contexto la motivación para recibir atención psicológica relacionada con encontrar respuestas que mitiguen o resuelvan su padecimiento (pág. 100)

Empero, como indican Pérez & Fernández (2008), tanto en Gran Bretaña, USA, como en Australia se propugnan modelos integrados, que incorporen la atención psicológica a la Atención de salud, mientras que en España se constatan los problemas y se insiste en mantener el modelo actual, esperando que mejore su funcionamiento y resultados mediante el uso de ciertas palabras “talisman”, como “asistencia comunitaria”, “coordinación inter-servicios” o “modelo biopsicosocial”, “sin prestar mucha atención a las condiciones objetivas que determinan la asistencia en este campo sanitario” (pág. 253).

Hasta aquí se entiende que el diseño de una propuesta metodológica para la atención psicológica con perspectiva comunitaria es útil, si se ajustan los principios metodológicos utilizados, para contribuir al conocimiento que se tiene del trabajo psicológico en este campo. Además, el diseño de esta propuesta metodológica contribuye al desarrollo de los métodos, modelos e instrumentos que se tienen para el trabajo psicológico con comunidades. Ya que, como indican Morero & Moriana: “habitualmente no se realiza psicoterapia, no se trabaja en equipo y no se desarrollan grupos psicoeducativos, (...) y no hay interacción en la coordinación de acciones (reuniones, supervisiones, interconsultas, investigación, etc.) (2012, pág. 320)

Luego de este recorrido conceptual, es menester asociar cómo tanto la necesidad de profundización académica como la proposición de una metodología de atención psicológica comunitaria convergen en este proyecto de investigación, con el fin de proponer y aportar en el tema desde un ejercicio psicológico comunitario piloto, realizado en el distrito 13D11, que comprende los cantones de Sucre y San Vicente, en la provincia de Manabí, Ecuador.

El cantón Sucre, cuenta con parroquias importantes (Bahía de Caráquez, Leónidas Plaza, Charapotó y San Isidro) de gran reconocimiento turístico en la Provincia de Manabí y el Ecuador. Con una población de 57.159 habitantes, según el último censo poblacional 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), es un cantón con escasos servicios de atención en salud mental, sobre todo en el ámbito de la psicología clínica. La comunidad se ve beneficiada con la apertura de espacios de atención psicológica que aumenten la posibilidad de servicios de esta índole y que además consideren posturas más éticas y humanas del tratamiento de sus dificultades particulares.

Los problemas personales, familiares, interpersonales pueden evidenciarse, por ejemplo, en la consulta externa del Hospital Miguel H. Alcívar, en el actual Patronato Municipal (próximo Departamento de Acción Social del Cantón Sucre), en centros educativos básicos, secundarios, en iglesias, etc. En los mismos, las problemáticas psicosociales como la violencia intrafamiliar, falta de empleo, consumo de drogas, exclusión social, pobreza, alcoholismo, desempleo, maltrato infantil, abuso sexual, pueden evidenciarse endémicamente como problemas de salud mental. No obstante, no existe al momento un estudio que analice más profundamente estas problemáticas.

Se impone así la necesidad de recuperación investigativa de la experiencia de trabajo comunitario para no perder los aprendizajes que se realizan en psicología a fin de dar cuenta de estas problemáticas, sus frecuencias de presentación, sus características, y particularidades contextuales, y para a partir de estos conocimientos, generar modelos y protocolos de atención psicológica comunitaria no replicables, sino *re-aplicables* a otras localidades o comunidades, como modo de contribución al discernimiento de los procesos sociales y humanos.



## CAPITULO II

### 2 METODOLOGÍA

#### 2.1 Situación problemática

En Latinoamérica existen aún contados aportes metodológicos en referencia a la psicología comunitaria; quizá los más difundidos sean las propuestas de Maritza Montero, Fals Borda o Martín-Baró. En esta región, la psicología comunitaria se piensa todavía muy académicamente desde el estereotipo de la visita a la comunidad pobre (empobrecida) a quienes hay que educar y salvar de sí mismos. Martín-Baró (1986) señala que se debe admitir que la contribución de la Psicología, como ciencia y como praxis al desarrollo de los pueblos latinoamericanos es extremadamente pobre; y que esta psicología latinoamericana usualmente ha mantenido una postura dependiente y servil a otros intereses, al momento de plantearse problemas e investigar soluciones dentro de las lógicas de los pueblos de esta región.

En Ecuador, en consonancia con Latinoamérica, existen muy pocos diseños metodológicos de atención psicológica comunitaria, publicados y promovidos en la sociedad. Ya que, si bien existen una variedad de <<programas sociales>> relacionados con psicología, estos generalmente se basan en propuestas no pensadas desde la comunidad, si no que se convierten en verdaderas agendas externas impuestas por el gobierno de turno o por fundaciones privadas que parten desde estereotipos sociales que no re-conocen a cabalidad la realidad de estas comunidades.

A esto se suma el problema de crear y proponer metodologías que parten desde la lógica de la psicología tradicional y los contextos urbanos, esto es, una sucesión de planes y metodologías que centralizan los procesos en formas y espacios urbanos desde modelos verticales de atención tradicional, arbitrarios, en los que la colonización del otro, del

semejante, se da como método mejor, como receta, como posología de salvación; obviando, claro está, la visión y los recursos que tiene cada sujeto de su particularidad y de su bienestar.

## **2.2 Planteamiento del problema de investigación**

Ahora bien, actualmente en la zona 4 en general, y en el distrito 13D11 (San Vicente - Bahía) en particular, el trabajo de atención psicológica en las comunidades no cuenta con modelos contextualizados que consideren formas de trabajo pensados desde la elaboración conjunta con los actores locales y dentro de las dinámicas propias del medio. De hecho, ni siquiera existe atención psicológica comunitaria como tal. Los poquísimos servicios psicológicos están centralizados en las zonas urbanas.

La población del distrito 13D11, comprende dos cantones: Sucre y San Vicente (SENPLADES, 2012.) Sucre tiene como cabecera cantonal a Bahía de Caráquez, sus parroquias urbanas son Bahía de Caráquez y Leónidas Plaza, y sus parroquias rurales: Charapotó y San Isidro ocupando un área total de 764 Km<sup>2</sup> del territorio continental ecuatoriano. San Vicente, relativamente más pequeño territorialmente, es su misma cabecera cantonal, y tiene como parroquia urbana a: San Vicente, y como parroquia rural a Canoa, ocupando un área de 718 Km<sup>2</sup>. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INEC (2010) la población del distrito 13D11 llega a un total de 79.148 habitantes los cuales tienen una composición variada (ver anexo A y B).

En estos cantones, los pocos servicios de atención psicológica, suelen basarse en modelos, procedimientos y protocolos de abordaje e intervención traídos desde otros contextos o que no han sido elaborados, desarrollados y sistematizados desde las lógicas particulares, sino que parten desde la demanda institucional, sobre todo desde entidades de salud del estado.

En esta situación contextual, también se evidencia la realización de dispositivos o formas de atención psicológica comunitaria, carentes de un ordenamiento conceptual y metodológico, a nivel técnico e instrumental, con una perspectiva comunitaria que respete el lugar de los participantes en su singularidad, sin imponerles categorías *patologizantes* tipo DSM o CIE (Gómez G., 2010), y agendas sociales externas que obstaculicen la aparición de

su deseo y de su propia demanda, circunstancia que al final contribuye poco al mejoramiento de la calidad de vida y la salud mental en este distrito. El problema cualitativo queda formulado de la siguiente manera: ¿Cómo contribuir a la atención psicológica comunitaria en el distrito 13D11 San Vicente – Sucre de la Zona 4?

## **2.3 Formulación de los objetivos**

### **2.3.1 *Objetivo General:***

Contribuir a la atención psicológica en el Distrito 13D11 mediante la implementación de una metodología de atención psicológica comunitaria.

### **2.3.2 *Objetivos Específicos:***

- OE1: Caracterizar la atención psicológica en el Distrito 13D11.
- OE2: Fundamentar la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria en el Distrito 13D11.
- OE3: Plantear los principios metodológicos de Atención Psicológica Comunitaria en el Distrito 13D11.
- OE4: Implementar la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria en el Distrito 13D11.
- OE5: Evaluar por criterio de expertos implicados-afectados la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria.

## **2.4 Perspectiva general y tipo de investigación**

La perspectiva de esta investigación parte desde el paradigma Interpretativo-Hermenéutico, Crítico Social, Constructivista y Dialógico, correspondientes a los enfoques cualitativos (Sandoval, 2002), ya que la significación, los sentidos, textos y discursos, y la visión de las realidades es compartida entre los sujetos que participan en el proceso (Taylor & Bogdan, 1992).

La posición metodológica de esta investigación se inscribe en la lógica de la metodología Cualitativa, la cual permite trascender la reificación actual de los métodos positivistas-cuantitativos, alejados de la dinámica orgánica de las realidades humanas, y que

no permiten además el abordaje adecuado de las dimensiones subjetiva e intersubjetiva, como “objetos” legítimos de conocimiento científico, en el marco de la vida cotidiana como escenario fundamental para la construcción de los saberes.

El enfoque cualitativo nos lleva por la lógica del constructivismo, la teoría crítica y el paradigma dialógico, como vías fundamentales en el proceso de acceder al conocimiento. En estos enfoques la indagación es guiada por lo que algunos llaman un diseño emergente (Sandoval, 2002), es decir “en contraposición a un diseño previo” (pág. 30). Y, contrario a lo que pasa con los métodos cuantitativos: “el volumen y la disponibilidad para procesos de formación de materiales en el terreno de la investigación cualitativa, en nuestro medio y en castellano, son muchísimo más reducidos (Sandoval, 2002, pág. 16).

Como rasgos propios de la investigación cualitativa Taylor y Bogdan (1992) plantean que:

- es inductiva, o cuasi-inductiva: su ruta metodológica se relaciona más con el descubrimiento y el hallazgo que con la comprobación o la verificación;
- es holística: el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad;
- es interactiva y reflexiva: los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio;
- es naturalista y se centra en la lógica interna de la realidad que analiza;
- no impone visiones previas;
- es abierta: no excluye la recolección y el análisis de datos y puntos de vista distintos;
- es humanista: el investigador cualitativo busca acceder por distintos medios a lo privado o lo personal como experiencias particulares;
- es rigurosa, aunque de un modo distinto al de la investigación cuantitativa: los investigadores, aunque cualitativos buscan resolver los problemas de validez y de confiabilidad por las vías de la exhaustividad (análisis detallado y profundo) y del consenso intersubjetivo. (Interpretación y sentidos compartidos) (Citado en: Sandoval, 2002, pág. 42).

Así, esta Investigación considera un enfoque cualitativo desde un diseño de Investigación-acción, (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010), ya que la investigación-acción envuelve la transformación y mejora de una realidad (social, educativa, administrativa, etc.). De hecho, se construye desde ésta. Parte de problemas prácticos y vinculados con un ambiente o entorno. Implica la total colaboración de los participantes en la detección de necesidades (ellos conocen mejor que nadie la problemática a resolver, la estructura a modificar, el proceso a mejorar y las prácticas que requieren transformación) y en la implementación de los resultados del estudio.

Para este diseño de investigación, y este de este proyecto se considera la visión técnico - científica, de tipo práctico, que parte del fundador de la investigación-acción, Kurt Lewin, cuyo modelo consiste en un conjunto de decisiones en espiral, las cuales se basan en ciclos repetidos de análisis para conceptualizar y redefinir el problema una y otra vez. Así, la investigación-acción se integra con fases secuenciales de acción: planificación, identificación de hechos, análisis, implementación y evaluación.

Utilizado por primera vez en 1944, el término de «investigación-acción» proviene de Kurt Lewin (1946) (Citado en Suárez P., 2002), quien “defiende la idea de compatibilizar la creación de conocimientos científicos en el ámbito social con la intervención directa, siempre con la colaboración de la comunidad implicada” (pág. 40). Según Balcázar: “el método de Lewin partía de la teoría psicosocial y proponía combinar teoría y práctica en la investigación-acción a través del análisis del contexto, la categorización de prioridades y la evaluación” (2003, pág. 420).

Estos elementos combinados en la investigación-acción tal como propone Baldivieso (2010) constituyen: “un método alternativo para democratizar la construcción del conocimiento” (pág. 106). Esta convicción además es compartida por Ezequiel Ander-Egg, quien dice que la Investigación-Acción:

(...) Constituye una forma de democratización o socialización del saber, producida por la transferencia de conocimientos (saberes que se comparten) y de tecnologías sociales (capacidades de actuación que se adquieren) (1990 , pág. 34).

Actualmente no se puede generalizar el diseño de Investigación-acción. Así, Gajardo (1985) da cuenta de por lo menos las siguientes opciones: investigación-acción, investigación para la acción, investigación en la acción, investigación participativa, investigación militante, e investigación acción participativa o IAP (Citado en Sandoval, 2002). Si bien de éstas, la forma más popular y frecuente empleada es la IAP, en este estudio nos adscribimos al diseño denominado simplemente Investigación Acción (i-a), puesto que, no hay desde el punto estrictamente metodológico, una identidad ni una propuesta medianamente homogénea, la Investigación -acción desde una perspectiva más general, como la propuesta por Fals Borda (1986) resulta más pertinente en este estudio.

Así, en esta investigación nos inscribimos en la Investigación-acción en su visión técnico-científica, de tipo práctico, según Hernández Sampieri y colaboradores (2010), porque:

- Estudia prácticas locales (del grupo o comunidad).
- Involucra indagación individual o en equipo.
- Se centra en el desarrollo y aprendizaje de los participantes.
- Implementa un plan de acción (para resolver el problema, introducir la mejora o generar el cambio).
- El liderazgo lo ejercen conjuntamente el investigador y uno o varios miembros del grupo o comunidad.

## **2.5 Hipótesis y/ preguntas científicas**

No aplica.

## 2.6 Definición de categorías o constructos

Tabla 1

*Operacionalización de las categorías de estudio*

OBJETIVOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORÍAS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
OE1: Caracterizar la atención psicológica en el Distrito 13D11.	Servicios de atención psicológica comunitaria	Consultas existentes, profesionales, horarios.	Observación participante	Guía de observación, para visitas técnicas a comunidad
		Personas atendidas.	Encuesta.	Encuesta sobre servicios de atención psicológica.
		Demandas.	Entrevista.	Entrevista semiestructurada a psicólogos que trabajan en el distrito 13D11.
		Espacios para atención.	Visitas técnicas de aproximación a la comunidad.	Mapas del territorio del distrito 13D11
Apertura y dinámicas comunitarias-institucionales.	Documentos oficiales (INEC, SENPLADES).			
		Materiales técnicos-lúdicos, mobiliario.		Matriz de involucrados – atención psicológica.
		Accesibilidad, transporte y movilización.		
OE2: Fundamentar la metodología de atención psicológica comunitaria en el Distrito 13D11.	Atención Psicológica en la comunidad	Palabras claves: Atención psicológica, Psicología Comunitaria, Atención Psicológica comunitaria, Comunidad	Revisión Sistemática de la Literatura.	Bases de datos científicas de libre acceso
				Matriz “caja de zapatos” para la organización de referencias y fuentes.

*Continúa* →

Tabla 1 (continuación)

<p>OE3: Plantear principios metodológicos para la atención psicológica comunitaria.</p>	<p>Metodología de Atención psicológica comunitaria</p>	<p>Trabajo con referentes comunitarios, institucionales, prestadores del servicio, comunidad e investigadores.</p>	<p>Análisis Documental.</p>	<p>Notas de campo para registros textuales.</p>
<p>OE4: Implementar la metodología de atención psicológica comunitaria en el Distrito 13D11.</p>	<p>Aplicación de principios metodológicos</p>	<p>Co-responsabilidad, co-elaboración, co-participación, co-evaluación; en las fases de: Planificación-Identificación de hechos, Análisis, Implementación y Evaluación.</p>	<p>Análisis crítico/estadístico.</p>	<p>Matriz de prestaciones y datos generados por la atención psicológica.</p>
<p>OE5: Evaluar por criterio de Expertos: Implicados-afectados la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria.</p>	<p>Expertos implicados-afectados:</p>	<p>Participación en el proceso de atención psicológica. Resultados percibidos. Impactos percibidos. Recomendaciones para futuras mejoras de la metodología</p>	<p>Entrevistas cualitativas.</p>	<p>Entrevistas a profundidad.</p>
			<p>Análisis de contenido</p>	<p>Hoja de análisis de contenido (A.C.) Medios audiovisuales, para el registro de entrevistas con referentes comunitarios e institucionales.</p>
			<p>Análisis documental:</p>	<p>Ficha específica para el análisis documental. Historias clínicas.</p>
			<p>Tabulación y estadística descriptiva.</p>	<p>Listas de frecuencia.</p>

Fuente: Elaboración propia.



## 2.7 Población y muestra

Si bien no se conocía, ni se estimó el número total de participantes desde el inicio, dada la naturaleza gradual del diseño de Investigación-acción, durante el proceso se fue generando una forma de muestreo que cabría en la lógica de la muestra no probabilística, y que en este caso puede determinarse como muestra por conveniencia, o circunstancial, ya que, tal como afirma Hernández Sampieri & otros (2010), la población al final estuvo compuesta por “simplemente casos disponibles” (pág. 401) a los cuales se tuvo acceso.

La población total (N=U) se correspondió con un criterio de inclusión básico y mínimo para cada tipo de participante, tal como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 2

### *Criterios de Inclusión de participantes*

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>CRITERIO DE INCLUSIÓN</b>
Para los habitantes sujetos de la Atención Psicológica:	Residir en el Distrito 13D11
Para los referentes Comunitarios:	Estar vinculados a algún grupo asociación o institución local: clubes, escuelas, organizaciones barriales, etc.
Para los referentes Institucionales:	Estar vinculados a las instituciones participantes: Universidad, Municipios, ONG's, etc.
Para los psicólogos pregrado, prestadores de la atención:	Ser estudiante de la carrera de Psicología, cursando los últimos períodos.
Para los Tutores-Docentes:	Ser Psicólogos Clínicos designados por la Universidad.
Para el investigador – Coordinador:	Coordinar de la propuesta metodológica.

No se consideraron parámetros como el sexo, la edad, la etnia, el origen, condición socioeconómica o el género como criterios de inclusión o exclusión. Así, en el proceso de implementación de esta Metodología de Atención Psicológica Comunitaria participaron un total de 429 sujetos, población compuesta de la siguiente manera:

Tabla 3

### *Participantes del estudio*

Participantes de la Atención Psicológica	Referentes comunitarios co-responsables	Referentes institucionales co-responsables	Estudiantes de Psicología pregrado	Psicólogos Docentes-Tutores	Investigador-coordinador de la Metodología	N
381	7	4	33	3	1	429

## 2.8 Métodos, técnicas e instrumentos

### 2.8.1 Método

Siguiendo a Represa (2015) “en realidad no existe *Metodología de investigación*, sino *metodologías de investigación*”, es decir existen varios métodos para acercarnos al conocimiento. En esta investigación se parte de la pluralidad de los métodos, confluyendo con lo propuesto por Taylor y Bogdan (1992) ya que lo que define la metodología es tanto el modo cómo enfocamos los problemas, así como la manera en que buscamos las respuestas, esto es: tanto la perspectiva como las técnicas e instrumentos para establecer los hallazgos.

Desde esta idea antecedente, esta investigación se adscribe al paradigma metodológico de Sandoval (2002), quien expone que:

Las limitaciones halladas en el estudio de los distintos planos de la realidad humana han impuesto a las disciplinas científicas, ocupadas de su abordaje, un rompimiento con el monismo metodológico que privilegió al método experimental y sus derivados como las únicas alternativas de construcción de conocimiento científico (pág. 15).

Entonces, esta investigación sigue el método denominado PROCESO INDUCTIVO, esto es: “explorar y describir mediante el ingreso al contexto, ambiente o campo, para luego generar perspectivas teóricas” (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 9), método que lleva ineludiblemente al diseño de investigación acción, el cual busca aproximarse al fenómeno investigado desde la misma realidad en el que se produce, como plantea Sandoval (2002, pág. 11): “un esfuerzo por comprender la realidad social como fruto de un proceso histórico de construcción visto a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas”.

Según María Cristina Salazar (1990): el manejo racional de los problemas sociales (que la autora denomina: la administración social), deviene de una espiral compuesta por etapas, o fases, “cada una de las cuales se compone de un proceso de planeación, acción, y obtención de información sobre el resultado de la acción” (pág. 3). Desde esta visión, la investigación-acción presenta fases secuenciales de acción:

- Planificación,
- Identificación de hechos,

- Análisis,
- Implementación y
- Evaluación.

A nivel de metodológico, técnico e instrumental, para Suarez Pozos (2002):

La i-a siente predilección por el enfoque cualitativo y utiliza técnicas de recogida de información variadas, procedentes también de fuentes y perspectivas diversas. Todo aquello que nos ayude a conocer mejor una situación nos es de utilidad: registros anecdóticos, notas de campo, observadores externos, registros en audio, video y fotográficos, descripciones ecológicas del comportamiento, entrevistas, cuestionarios, pruebas de rendimiento de los alumnos, técnicas sociométricas, pruebas documentales, diarios, relatos autobiográficos, escritos de ficción, estudio de casos, etc. (págs. 42-43)

Aunque la i-a no se rige por los parámetros típicos de la investigación cuantitativa, en esta investigación no se hace exclusión de algunos métodos cuantitativos, aunque el énfasis metodológico de esta investigación es cualitativo, no se desdeña aquí lo que Fernando Conde (1978) propone como: “construir sendos «espacios topológicos» a partir de los «textos» y «distribuciones de frecuencias», específicos de cada técnica” (pág. 91).

Para el proceso de evaluación de este diseño de investigación-acción, se consideró un método que surge o parte del proceso denominado Técnica Delphi, pero que lo trasciende, pues se basa en la colaboración de los participantes o colectivos afectados en la evaluación de los programas públicos o comunitarios, colaboración que, según Martínez Piñero:

No es sólo un derecho social, donde el debate abierto entre los distintos grupos propicia la reflexión y el aprendizaje colectivo, sino que también posibilita, desde el punto de vista metodológico, mejorar la utilidad de la evaluación (2003, pág. 450).

Según esta autora, dicha colaboración mejora el proceso evaluativo en tres direcciones principales:

- Centra el estudio evaluativo en cuestiones de interés no sólo para los responsables del programa, principales clientes, sino también para otros colectivos afectados.

- Genera una mayor credibilidad del equipo evaluador, acompañada de una mayor transparencia del proceso y de una mayor confianza en los resultados.
- Posibilita una mejor comprensión del proceso que es así construido por los participantes, o cuando menos seguido a menor distancia.

Ahora, si bien inicialmente, la técnica Delphi busca consensuar la opinión en torno a un tema, problema o experiencia de un grupo de sujetos considerados «expertos» en él, cuando se empezó a aplicar esta técnica sólo se entendía como expertos a aquellas personas con un amplio conocimiento y experiencia en la materia, cuyas predicciones o expresiones basadas en estos criterios serían así más acertadas. Posteriormente, Jon Landeta, (1999) a causa del manejo de esta técnica en contextos muy disímiles, en los que se hace indispensable conocer la percepción de otros colectivos, como es el caso de la evaluación de programas, amplió los límites de término <<experto>>, proponiendo que el panel de participantes en el estudio puede acoger a tres tipos:

- Los especialistas: o aquellos con conocimiento, experiencia y capacidad predictiva, que se identifican con la idea clásica de experto en el contexto de esta técnica.
- Los afectados: es decir aquellos que sin tener una formación o experiencia relacionada con el tema en cuestión están implicados en él.
- Los facilitadores: sujetos con capacidad de estimular al grupo, de proponer nuevos puntos de vista, etc. (Citado en Martínez P., 2003, pág. 453)

Desde esa perspectiva, en esta investigación se propone el uso de esta técnica de evaluación para, por un lado recoger testimonios focalizados (Colmenares, 2008) que posibiliten la evaluación de la propuesta de atención psicológica comunitaria, y por otro no menos importante, re-crear una vía creativa (Montero M. , 2006), para la democratización de los protocolos y métodos de evaluación de programas y proyectos públicos, en un tiempo en el que la participación ciudadana ya no es únicamente un derecho, sino que, como opina Martínez P. (2003), “se convierte en una pauta metodológica deseable” (pág. 463).

Precisamente para fines de esa democratización, en este estudio se perfiló la evaluación mediante la corroboración por <<expertos implicados-afectados>>, haciendo de éste un mecanismo de evaluación no solo pertinente y riguroso a nivel metodológico, sino

también coherente con el espíritu de esta indagación, así como válido epistemológicamente, al “obtener información sobre los sujetos «afectados», (...) haciendo a la comunidad participe de su propia transformación” (Sánchez V. & Morales, 2002, pág. 16). Además se apoyó la evaluación en el concepto de <<evaluación centrada en su utilización>> desarrollado por Patton (1990), quien según Rodríguez, Gil, & García, (1996), intenta trascender “la formalidad y escaso poder de orientar la acción de los tradicionales modelos de evaluación” (pág. 294), e implica configurar la evaluación como “un proceso creativo y flexible donde la interacción con los usuarios de la evaluación y con la situación en que se desarrolla el estudio permitirá enfocar las cuestiones relevantes”, (pág. 294)

Se concibe a la evaluación no como un instrumento de intervención, sino como un proceso interactivo que trasciende el concepto tradicional, obsoleto, de evaluación como mera recogida de información. Según Sánchez y Morales (2002):

La evaluación se realiza principalmente en dos momentos del proceso interventivo: a) evaluación inicial o de necesidades (EN), que precede a la intervención y sirve para diseñarla; b) evaluación de programas (EP), tras la intervención, que valora los resultados de esta, los cambios producidos en la situación inicial en relación con el asunto de interés o con los objetivos planteados. (pág. 22)

Siguiendo a Granado A. (1996), tal modelo de evaluación debe ampliar y superar las imposiciones de los modelos de evaluación tradicionales, al “constituir una perspectiva lo suficientemente sensible y potente para captar la diversidad y singularidad, la comunidad y divergencia, la fluidez y dinamismo de fenómenos tales” (Rodríguez, Gil, & García, 1996, pág. 294). Lo que se prioriza en esta investigación entonces, y en concordancia con el espíritu de la misma, es lo que manifiesta Robles (2011, pág. 47):

(...) no dejar de lado, que los informantes son los que conocen su mundo y éste puede ser muy distinto al que nosotros percibamos, por lo que el investigador tiene la tarea de reconstruir el mundo del informante de la mejor manera que él lo pueda conocer, creer o concebir.

En esta investigación, para complementar el proceso de corroboración por criterio de expertos implicados-afectados, se tomó la decisión de utilizar como técnica e instrumento la entrevista cualitativa (Conde, 1987, pág. 92), con el propósito de obtener una información

más sensible y aguda sobre la percepción y valoración de los participantes acerca de la experiencia desarrollada. Para esta entrevista se establecieron unos ejes temáticos productores de discurso y como guía del protocolo (Serrano-García, 2010). Los ejes o focos temáticos que en forma de estímulos generadores o de apertura halaron a la entrevista cualitativa fueron:

- Reflexión sobre su participación en el proceso de atención psicológica.
- Resultados percibidos.
- Impactos percibidos.
- Recomendaciones para futuras mejoras de la metodología.

Dentro del análisis de datos y resultados, siguiendo a Rodríguez y colaboradores (1996) se propone el método de triangulación, en virtud del objeto de estudio:

- La triangulación metodológica, en dos vías:
  - Conjugación de datos de naturaleza cualitativa y cuantitativa, en la lógica los denominados diseños mixtos de evaluación.
  - Empleo de métodos interpretativos, en nuestro caso el análisis de contenido (A.C.), para estudiar un mismo fenómeno.
- La triangulación de informantes y sujetos: Conocer y contrastar los múltiples puntos de vista que se conjugan en una misma circunstancia para alcanzar interpretaciones justificadas.
- La triangulación de datos: utilizando una gran variedad de fuentes de datos del estudio.

## **2.8.2 Técnicas e instrumentos**

Durante todo el proceso de esta investigación se utilizaron y emplearon varias técnicas e instrumentos, tanto para recolección como para el análisis de los datos y la información. Para recolección se consideraron las técnicas de:

- Observación participante.
- Encuestas: en sus dos variantes: Cuestionarios y Entrevistas (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010).
- Visitas técnicas de aproximación a la comunidad.
- Revisión Sistemática de la Literatura (RSL).

- Grupos de discusión.

En cuanto a los instrumentos para recolectar la información con el fin de caracterizar la atención psicológica se diseñaron y utilizaron los siguientes instrumentos:

- ENCUESTA SOBRE SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL DISTRITO 13D11, tipo cuestionario, (ver anexo C) aplicado a funcionarios de talento humano/directores institucionales u otros responsables comunitarios, para conocer sobre la existencia, espacios, cobertura y profesionales disponibles.
- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PSICÓLOGOS QUE TRABAJAN EN EL DISTRITO 13D11, (ver anexo D) del tipo entrevista centrada o <<focused interview>> (López & Deslauriers, 2011), en zonas urbanas o rurales, para conocer demandas (frecuencias, tipos), disponibilidad de espacios de atención, y percepciones de los profesionales.
- GUÍA DE OBSERVACIÓN, PARA VISITAS TÉCNICAS A COMUNIDAD E INSTITUCIONES (ver anexo E), con el fin de registrar impresiones sobre la apertura del referente comunitario o representante institucional, las dinámicas comunitarias-institucionales, los espacios potenciales para la atención psicológica, la posibilidad de gestión de materiales técnicos y lúdicos., la existencia o gestión de equipamiento y mobiliario, y las condiciones de accesibilidad, comodidad, percepción de bienestar, y rutas de transporte y movilización.
- MAPAS DEL TERRITORIO DEL DISTRITO 13D11, a través de la herramienta web: Google Maps ® y otras (ver anexo F), para ubicar la posible distribución de los espacios de atención psicológica en cuanto posicionamiento, accesibilidad y radio de incidencia en la población.
- DOCUMENTOS OFICIALES: tanto de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD's), como documentos generales informativos del estado.

Para fundamentar la metodología de atención psicológica comunitaria en el Distrito 13D11, se realizó Revisión Sistemática de la Literatura (RSL) (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 53), (Kitchenham, 2004), a través de las siguientes BASES DE DATOS CIENTÍFICAS DE LIBRE ACCESO (Open Access) en español, inglés y portugués:

- Directory of Open Access Journal – DOAJ.
- ERIC Institute of Education Science.
- Portal de Búsqueda de la BVS.
- BASE – Bielefeld Academic Search Engine.
- Science Research.
- Social Science Research Network.
- Ebsco Host.
- Dialnet.
- ScienceDirect.
- Scielo – Scientific Electronic Library Online.
- Redalyc.
- Meta buscadores:
  - World Wide Science.
  - Google Académico – Scholar Google.
- Repositorios:
  - Repositorio Institucional de la UNLP.
  - Repositorios Latinoamericanos.
  - Buscadores online de tesis en español.
  - Tesis Doctorales en Red – TDR.

Los principales criterios para optar por bases de datos libres, gratuitas o semi-gratuitas se debe a su conveniencia económica en primera instancia, pero sobre todo como parte del enfoque y perspectiva de esta investigación que coincide con la idea de democratizar el conocimiento, en contraposición al modelo tan verticalizado, excluyente y capitalista que se tiene actualmente en algunas bases de datos, en las que se tiene que pagar para tener acceso al conocimiento, al progreso científico. Por otro lado, también se realizaron búsquedas físicas de literatura en las Bibliotecas de las universidades locales y de la región.

Para plantear los principios para la atención psicológica, se diseñaron y utilizaron los siguientes instrumentos:



- NOTAS DE CAMPO PARA REGISTROS TEXTUALES, de actividades pre, peri- y post implementación (ver anexo G), en la lógica de lo que Becker (1971) ha denominado como “análisis secuencial” y que consiste en un chequeo o revisión continua de los datos mientras se está aún en el proceso de captura de información (citado en Sandoval 2002), para registrar anotaciones de los pasos dados, las dificultades presentadas y las resoluciones planteadas, en la lógica de co-elaboración con los referentes institucionales y comunitarios.
- REGISTROS ANECDÓTICOS REUNIONES DE TRABAJO CON CO-RESPONSABLES COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES, incluidos estudiantes que participaron en la prestación del servicio (ver anexo H), para registrar las situaciones planteadas, describir lo observado, los acuerdos, desacuerdos y consensos alcanzados, al tiempo que trabajar hermenéuticamente en la interpretación de lo observado, desde la posición del investigador
- REGISTROS ANECDÓTICOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA: Ficha de identificación-registro-seguimiento, primera entrevista-sesiones preliminares, (ver anexos I y J) para el proceso de psicodiagnóstico, registro de problemáticas psicosociales y de salud mental.
- MATRIZ DE PRESTACIONES Y DATOS GENERADOS POR LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA (ver anexo K): que es un instrumento digital (Programa Excel: Hojas de cálculo), diseñado con las variables que fueron surgiendo durante el proceso, así como con los indicadores que se fueron generando a partir de las prestaciones psicológicas realizadas.

Para poder evaluar por criterio de expertos implicados-afectados la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria (Expertos: Implicados), se utilizaron los siguientes instrumentos:

- ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD, al estilo de la entrevista enfocada (Mertens, 1965), para conocer la percepción del proceso realizado, de parte de los participantes del mismo (ver anexo L), *horizontalizando* en la misma lógica a referentes comunitarios o institucionales, prestadores del servicio y población.
- HISTORIAS CLÍNICAS, para mediante el análisis documental de: Primeras entrevistas, sesiones diagnósticas y registros anecdóticos de sesiones de psicoterapia,

(Ver anexo M, N, y O), recabar información técnica y clínica que permita visualizar prestaciones alcanzadas e impactos generales del proyecto.

- FICHA ESPECÍFICA PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL (ver anexo P), que se empleó para registrar y filtrar estos datos de las atenciones y prestaciones realizadas, así como los elementos *particularizantes* de los casos tratados y el trabajo realizado por los prestadores del servicio.
- MEDIOS AUDIOVISUALES, PARA EL REGISTRO DE ENTREVISTAS CON REFERENTES COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES, a través de recursos técnicos como: cámara de audio y video tipo Handicam, y cámara fotográfica SLR de 35mm.

Para el análisis de datos se consideraron las técnicas de:

- Análisis documental (de historias Clínicas, registros de supervisión, registros de trabajo con referentes institucionales de las comunidades).
- Análisis de contenido (A.C.): Elementos significantes, análisis denotativo y connotativo de textos y discursos.
- Análisis crítico.
- Estadística descriptiva: Distribución de frecuencias.
- Triangulación de fuentes; Triangulación interna; Triangulación metodológica; Triangulación teórica.

Los instrumentos de análisis de información y datos diseñados para caracterizar la atención psicológica fueron:

- MATRIZ DE INVOLUCRADOS – ATENCIÓN PSICOLÓGICA, instrumento en el que organizó la información de las instituciones (ver anexo Q) y referentes comunitarios que participaron en el proceso de atención psicológica comunitaria.
- DOCUMENTOS OFICIALES, para el análisis de datos demográficos, desde la base de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010.

El instrumento para el análisis que permitió fundamentar la metodología de atención psicológica comunitaria fue:

- MATRIZ “CAJA DE ZAPATOS”, (ver anexo R) que es un fichero bibliográfico digital (en Excel) para establecer un sistema ordenado, siguiendo la idea propuesta por Bell (2002), en el que se registran, organizan, administran y comparan las fuentes, citas y referencias bibliográficas producto de la Revisión Sistemática de la Literatura, y que fueron utilizadas en el presente estudio tanto para establecer es estado del arte del tema, como para el análisis conceptual y la vertebración del marco teórico y referencial.

Tanto para analizar la información que permitió la elaboración de la Metodología de Atención Psicológica, como para poder corroborar por criterio de expertos implicados-afectados la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria, haciendo un análisis de registros audiovisuales, de notas de campo, entrevistas y registros anecdóticos de reuniones de trabajo se diseñó y utilizaron los siguientes instrumentos:

- HOJA DE ANÁLISIS DE CONTENIDO (A.C.), que es un instrumento cualitativo simplificador (ver anexo S), que permitió la profundización, análisis e interpretación de la información generada en los encuentros con participantes, referentes comunitarios e institucionales.
- LISTAS DE FRECUENCIA: (ver anexo T), que es un instrumento que permite dar cuenta de las recurrencias de ciertos elementos significantes en el discurso (Peñaloza & Osorio, 2012) de las personas entrevistadas para evaluar la metodología de Atención Psicológica

## **2.9 Procedimiento**

### **2.9.1 Fase 1, Planificación, Identificación de hechos**

El proceso inició abril del 2014 cuando se realizó la primera reunión de trabajo con autoridades de la Facultad de Psicología de la Universidad Eloy Alfaro de Manabí, para conocer la demanda (pedido) institucional en relación a establecer un programa de prácticas pre-profesionales para alumnos de psicología de los últimos periodos, que estudiaban en la Extensión de esta Universidad en el distrito 13D11.

Luego se dio el traslado a la Extensión de la Universidad a la ciudad de Bahía de Caráquez (cantón Sucre) para sostener una reunión de trabajo con las autoridades de la Extensión y conocer su demanda o pedido al respecto, y establecer con mayor claridad las

necesidades específicas implicadas en sus requerimientos, entre los que estaban articular espacios de prácticas con las instituciones que contasen con servicios de psicología y los profesionales respectivos.

A partir de este momento se realizó una planificación de actividades a fin de caracterizar la atención psicológica en el distrito 13D11. Para esto se realizó un mapeo del territorio para georreferenciación, localización, accesibilidad y movilización a través de mapas del territorio del distrito 13D11, utilizando la herramienta web: google maps ® y otras, así como también documentos oficiales, tanto de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD's), como documentos informativos del estado.

Posteriormente se realizó la primera inmersión en el territorio, visitando a la par demarcaciones “urbanas” y comunidades más alejadas de los puntos urbanos, utilizando como instrumentos una encuesta sobre servicios de atención psicológica en el distrito, una entrevista semiestructurada a psicólogos que trabajaban en el territorio, y se registró información acerca de lo observado, a través de una guía de observación para visitas técnicas a comunidad e instituciones, y a través de notas de campo para registros textuales de lo observado. Junto a esto se realizaron reuniones de trabajo con referentes comunitarios a fin de caracterizar también sus demandas o pedidos y articular lazos para el trabajo potencial; para esto se utilizó también registros anecdóticos de reuniones de trabajo con co-responsables comunitarios.

## **2.9.2 Fase 2, Análisis**

Con la información obtenida de la fase inicial, y determinadas las necesidades, recursos y posibilidades reales en terreno, a mediados de mayo del 2014 se procedió a realizar reuniones de trabajo con los psicólogos pre-grado, posibles participantes prestadores de servicios psicológicos, para en base a su deseo y subscripción voluntaria en el proceso, trabajar con la técnica de <<grupos de discusión>> e iniciar la co-elaboración de la Metodología de Atención Psicológica. Lo abordado en estos espacios fue documentado en registros anecdóticos de reuniones de trabajo con co-responsables institucionales, y derivó en la producción de registros anecdóticos de atención psicológica, así como también permitió dar cuenta de las demandas y pedidos de estos participantes.

Después se inició la revisión sistemática de la literatura (RSL), en bases de datos tipo Open Access (acceso libre) y librerías locales encontrando en relación directa a las palabras clave: <<Atención psicológica>>, <<psicología comunitaria>>, <<atención psicológica comunitaria>>, y <<comunidad>> un significativo número de artículos referentes, los cuales fueron analizados, organizados y administrados a fin de fundamentar la Metodología de Atención Psicológica, en un fichero bibliográfico digital que denominamos Matriz “Caja de Zapatos”.

Mientras se aplicaba la técnica RSL y se fundamentaba teóricamente la Metodología de Atención Psicológica, se sostenían a la par, los encuentros de formación (Anexo V) y sostenimiento acordados con los participantes que serían los prestadores de la atención psicológica, trabajando en espacios de “capacitación” bajo la lógica de la co-elaboración y el posicionamiento horizontal de saberes.

En esta fase, utilizando las notas textuales, registros anecdóticos de reuniones, hojas de análisis de contenido (A.C.), matriz de involucrados, etc., se trabajó además un primer análisis diagnóstico, a partir de la línea de base levantada, el que permitió redondear la elaboración de la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria, y permitió también, a través de nuevas visitas técnicas a territorio generar los convenios, acuerdos y compromisos, que bajo la lógica de la co-responsabilidad, permitieron iniciar con la fase de implementación del proceso.

### **2.9.3 Fase 3, Implementación**

La aplicación de los procesos de atención psicológica se dio de junio del 2014 a febrero del 2015, en dos fases: Primera rotación y Segunda rotación, con una duración de cuatro meses cada una. Se estableció una distribución incidental por cercanía territorial de los psicólogos pregrado en relación a los espacios comunitarios e institucionales, en los que se acordó con los co-responsables comunitarios e institucionales la facilitación de infraestructura, mobiliarios, papelería etc., para en la lógica de la co-participación implementar los procesos de Atención Psicológica Comunitaria.

Al final de cada rotación se hizo una pausa para devoluciones y trabajo grupal con los estudiantes en práctica pre-profesional, al tiempo que se registran la información y el número de prestaciones comunitarias brindadas. Para esto se crea una matriz de prestaciones y datos generados por la Atención, diseñado con los indicadores que fueron surgiendo durante el proceso. Estos datos se recogieron en los meses de abril – mayo del 2015.

Durante la implementación de la Metodología de Atención el trabajo fue sostenido por los tres Psicólogos Tutores-docentes quienes a través de registros anecdóticos de atención, historias clínicas, etc., se co-responsabilizaban de las supervisiones de casos y de procesos de ejecución de los prestadores de la Atención, el sostenimiento y seguimiento de los procesos con referentes comunitarios e institucionales, mientras eran sostenidos a su vez por el investigador-coordinador, quien propiciaba espacios de reflexión en base a la lógica de la co-participación para el seguimiento general, el análisis de tareas, dinámicas, y abordaje de contingencias.

#### **2.9.4 Fase 4, Evaluación**

Una vez concluidos los procesos de ejecución de la propuesta, se procede desde junio del 2015 y durante los siete meses posteriores, hasta enero del 2016, a la corroboración de la Metodología de Atención Psicológica, a través de la técnica de evaluación por medio de <<expertos implicados-afectados>> para determinar las percepciones, puntos de vistas y el grado en que los participantes sintieron un impacto de los procesos implementados.

Para esto se entrevistó, en un proceso dinámico (Galeano M. , 2004), a un grupo aleatorio de participantes que incluyó a referentes comunitarios, institucionales, estudiantes prestadores de la atención, y por supuesto sujetos participantes de la atención. Los datos y resultados obtenidos fueron registrados en medios audiovisuales, notas de campo, y analizados mediante hojas de análisis de contenido y listas de frecuencia, para comparar las recurrencias de elementos significantes en el discurso.

Para seleccionar el grupo de informantes se operó bajo la lógica del <<informante clave>>, y se acordó como criterio general el <<Criterio centrado en el sujeto>>, a fin de buscar sujetos informantes claves que ejemplificaran actitudes, percepciones y

participaciones distintas en relación a la experiencia. En concreto, fueron tres los parámetros básicos articulados:

- Ser habitante del Distrito 13D11.
- Haber participado en el proceso de gestión e implementación de la propuesta.
- Interés voluntario de co-evaluar el proceso.

Además, a fin de triangular y contrastar los hallazgos con la experiencia concreta, se hizo un análisis estadístico de los principales indicadores y resultados numéricos alcanzados en la Atención, proporcionándolos en referencia a los datos demográficos y otros similares de los documentos oficiales, y estadísticas estatales. Esta información fue recogida en una ficha específica para el análisis documental, que se aplicó para registrar y filtrar los datos de las atenciones y prestaciones realizadas.

### **2.9.5 Fase 5, Elaboración de informe de resultados**

Entre marzo del 2016 y febrero del 2017 se procede a la fase de elaboración de informe de resultados. Bajo la lógica de recuperación retrospectiva de la experiencia trabajada, ya fin de su comunicación y divulgación científica se elabora el informe de investigación en el que se condensan las principales aportaciones y hallazgos de este proceso.

## CAPITULO III

### 3 ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 3.1 Resultados asociados al objetivo 1: Caracterización de la atención psicológica en el Distrito 13D11

La encuesta sobre servicios de atención psicológica, tipo cuestionario, para conocer sobre la existencia o no de espacios de atención, cobertura y profesionales disponibles, aplicada a funcionarios de talento humano/directores institucionales u otros responsables comunitarios, en un barrido por veintidós instituciones estatales y privadas (incluidas ONG's) relacionadas a ámbitos sociales, educativos o de salud y bienestar: Centros de salud, escuelas, clínicas particulares, centros de rehabilitación social, consultorios privados, Hospitales, Ministerios sociales, comités barriales, Centros de protección de derechos, etc. (tanto en la zona urbana como en la considerada rural, dentro de los cantones de Sucre y San Vicente) arrojó los siguientes resultados:

Tabla 4  
*Servicios de atención psicológica en el Distrito 13D11*

Item	<i>f</i>
Comunidades/Organizaciones/Instituciones visitadas	22
Servicios de atención psicológica existentes	5
Número de psicólogos clínicos	8
Horarios de atención:	Diurno 3
	Solo Matutino 2
Personas atendidas mensualmente	85*
¿Cuentan con consultorio/s específico/s para la atención psicológica.?	Sí 4
	No 1
¿Le parece necesario implementar un servicio de atención psicológica comunitaria?	Sí 21
	No 1

Fuente: investigación de campo.

Nota: \*=aproximadamente.



Hacia abril del 2014, en el Distrito 13D11 solo existían cinco servicios de atención psicológica: uno en el Hospital Miguel H. Alcívar con tres psicólogos Clínicos, que acuden tres días a la semana; otro en el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), con un psicólogo clínico que atendía una vez a la semana; otro en la Oficina Regional de la Mujer por la equidad de la familia-ORMEF, ONG que contaba con una psicóloga a tiempo completo; Otro en el Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez; y otro en la Junta Cantonal de Protección de Derechos, que trabajaba todos los días. Adicionalmente existía una psicóloga clínica que hacía consulta eventual, pero que estaba más vinculada a la docencia universitaria.

De estos psicólogos, sólo los profesionales del Hospital y del MIES trabajaban en atención abierta hacia la población en general, aunque al parecer no incluían dispositivos comunitarios de atención. Los otros servicios atendían temas particulares: violencia de género, rehabilitación social, y protección de derechos.

A excepción del Hospital local, los demás servicios psicológicos no solían llevar una contabilidad específica de la frecuencia de pacientes en atención, por lo que solo tenían datos aproximados. Solo cuatro de esos servicios contaban con un espacio o consultorio específico de atención psicológica.

Con respecto al ministerio de educación, se conoció que tenían ciertos profesionales de psicología, pero se trata de psicólogos educativos o licenciados en psicología y orientación vocacional, que no estaban relacionados con la atención clínica directa. Ahora bien, de las veintidós Comunidades-Organizaciones-Instituciones visitadas veintiuna opinaron que les parecía necesario implementar un servicio de atención psicológica comunitaria.

De la aplicación de la entrevista semiestructurada a psicólogos que trabajaban en el periodo 2014 en el distrito tanto en zonas urbanas o rurales, se conocieron las demandas, frecuencias, tipos, disponibilidad de espacios de atención, y percepciones de los profesionales. En la Tabla 5 se presentan los principales resultados:

Tabla 5

*Demandas de atención psicológica en el distrito 13D11*

Item	Respuesta	f
1.- ¿Existe mucha demanda de atención psicológica en esta institución?	Si	8
	No	0
2.- ¿Cuántas personas atiende Ud. como profesional de psicología, diariamente?	Menos de 5	0
	Más de 5	3
	10 o más	5
3.- ¿Cuáles son las demandas/problemas más frecuentes que recibe Ud.?	“Violencia intrafamiliar”.	3
	“Dificultades educativas”.	2
	“Depresión”.	2
	“Ansiedad”.	1
4.- ¿Hay suficientes espacios de atención psicológica para atender la demanda comunitaria?	Si	0
	No	8
5.- ¿Algún comentario adicional?:	“Hay mucho trabajo”.	3
	“Se necesita apoyo”.	1
	(Ninguno)	4

Fuente: Entrevista semiestructurada a psicólogos del distrito 13D11, investigación de campo.

Estos resultados dieron cuenta de que los profesionales psicólogos que atendían en el territorio percibieron una alta demanda de asistencia psicológica, lo que se corresponde con el número de personas que atendían, que superaba las diez prestaciones diarias. Aunque es una muestra circunstancialmente pequeña de profesionales, parecería haber un consenso implícito en sus respuestas en cuanto a las demandas más comunes en la atención.

Durante las visitas técnicas al territorio, la técnica de observación participante, a través de la guía de observación estructurada, permitió dividir los contenidos en unidades de análisis o referencias textuales que connotaron los siguientes resultados:

**Apertura del referente comunitario o representante institucional:**

Se percibió mucha apertura de parte de los referentes comunitarios, sobre todo, los cuales mediante expresiones como: “aquí hay muchos espacios para que puedan trabajar”, o “nosotros podemos hablar con la directora de la escuela para que atiendan a los niños”, mostraron a un nivel de gestión e involucramiento comunitario para posibilitar la atención psicológica. Los referentes institucionales como directores de escuela, de ONG’s, o dispensarios médicos comunitarios si bien, tenían bastante apertura, su posición era más formal o protocolaria frente al trabajo conjunto.

### **Dinámicas comunitarias/institucionales:**

Expresiones como: “los niños en las escuelas tienen muchas dificultades emocionales, aquí todos sabemos eso”, “las familias tienen muchos problemas, hay muchos padres que se están separando y eso hace sufrir a los niños” o “hace poco una señora denunció a su marido porque la golpeaba” dieron cuenta no solo de las problemáticas percibidas, sino también del nivel de permeabilidad de los ecosistemas comunitarios, en los que los límites entre lo privado y lo público parecen más bien difusos.

### **Espacios potenciales para la atención psicológica:**

De entre las veintidós instituciones y comunidades visitadas, once presentaron espacios que resultaron más adecuados para abrir una consulta psicológica comunitaria. Aunque cabe hacer notar que no se encontraron espacios adecuados, más que en una comunidad, como para la realización de dispositivos y procesos de trabajo psicológico grupal.

### **Posibilidad de Gestión de materiales técnicos y lúdicos:**

Se percibió disposición y capacidad de gestión de parte de los referentes comunitarios y hasta habitantes de los sectores quienes propusieron inclusive colectas u otras actividades para conseguir los materiales de trabajo psicológico.

### **Existencia/gestión de Equipamiento y mobiliario:**

Sobre todo, en las escuelas fue donde se observó mayor posibilidad de contar con equipamiento y mobiliario (mesas sillas, material de papelería), puesto que se trataba de materiales que ellos poseían dada su actividad. En las instituciones sociales, ONG's y GAD's, la cobertura de este ítem no fue problema alguno.

### **Accesibilidad, Comodidad y percepción de bienestar:**

Las condiciones socioeconómicas en las comunidades del distrito 13D11 son muy marcadas y diferenciadas, siguiendo un mapeo por recorrido simple, registrado a través de notas de campo, se pudo dar cuenta de cómo el territorio ha sido dividido entre una zona más cómoda con recursos, servicios básicos, vialidad, e infraestructura hotelera, que es la parroquia Bahía de Caráquez, a diferencia de la parroquia Leónidas Plaza, carente no solo

de ornato urbano, sino también de servicios básicos, accesibilidad vial adecuada, etc., siendo que ambas parroquias declaradas urbanas, conforman el mismo Cantón: Sucre. La misma relación desigual pudo observarse entre Bahía de Caráquez y el cantón San Vicente, el segundo de los cuales está apenas al pasar un puente nuevo sobre un estuario de algo más de un kilómetro (anexo F). El impacto de estas diferencias se sintió en el discurso de los habitantes de las comunidades menos favorecidas, quienes con expresiones como: “para acá nunca dan nada” o “todo va siempre para Bahía”, visibilizaron no solo las diferencias socio-geopolíticas entre ellos, sino que también permitieron evidenciar el impacto sobre sus cosmovisiones, imaginarios y bienestar.

### **Rutas de transporte y movilización:**

el sistema de transporte público es mayormente solvente, frecuente y accesible en términos generales en las comunidades visitadas, especialmente en once de las veintidós de ellas. El costo del transporte era relativamente accesible también para las comunidades visitadas

## **3.2 Resultados asociados al objetivo 2: Fundamentación de la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria en el Distrito 13D11.**

A partir de la Revisión Sistemática de la Literatura (RSL), en bases científicas de datos, de libre acceso, y en relación directa a las palabras clave: <<atención psicológica>>, <<psicología comunitaria>>, <<atención psicológica comunitaria>>, y <<comunidad>> se obtuvieron 882 artículos referentes.

Estos artículos fueron revisados sistemáticamente, para luego de ser analizados, organizados y administrados. Se encontró que, en Ecuador, solo se ha publicado actualmente una metodología de atención psicológica, con características comunitarias: Egas & Salao, Trabajo comunitario desde una perspectiva psicoanalítica. Un acompañamiento en la construcción grupal de saberes, 2011. Esto sin perjuicio de que se hallan realizado muchos otros, que a pesar de haberse realizado no se han publicado, que no se hayan registrado en las bases de datos dseleccionadas o que estén en prensa.

Se encontró también que a nivel regional son contados los aportes actuales, publicados, en relación con propuestas metodológicas aplicadas propiamente dichas, entre las que se cuentan: Jiménez, Castro, Santiago, Montalvo, & Toro. Comunidad y academia: Construyendo una intervención para reducir el estigma sentido en personas con VIH, 2013; Perez O. & Zamora. A psicología comunitaria e a conquista das políticas públicas. 2013. Grimaldo M., Mori Sánchez, & Morales C. Sistematizando una experiencia de trabajo: prácticas pre profesionales en psicología comunitaria. 2007.

Más allá de que solo existe apenas una publicación explícita sobre metodología de atención psicológica en el Ecuador, fue posible en esta revisión sistemática de la literatura, encontrar puntos objetivos de reflexión sobre las experiencias comunitarias de este país en contraste con otras latitudes de Latinoamérica; y además en ese proceso se pudo vertebrar un marco teórico amplio del cual se infirieron los conceptos y nociones inherentes a la práctica de la psicología comunitaria, tales como: empoderamiento, fortalecimiento comunitario, intervención comunitaria, intervención psicosocial, saber comunitario, participación comunitaria, e involucramiento, para arribar como resultado, al planteamiento de los principios básicos que guiaron a esta metodología de atención psicológica comunitaria, y que se presentan en el acápite siguiente.

### **3.3 Resultados asociados al objetivo 3: Planteamiento de los principios metodológicos de Atención Psicológica Comunitaria en el Distrito 13D11**

A partir de la reflexión teórica, y del trabajo de elaboración conjunta, y sin perder de vista el paradigma Crítico Socio-constructivista, se logró proponer los principios básicos que son la aportación que sostiene y guía esta Metodología de Atención Psicológica:

#### **Co-responsabilidad:**

En el sentido de horizontalizar y compartir lo más proporcionalmente posible las responsabilidades dentro de un proceso comunitario, más desde la lógica de la equidad que de la igualdad, para no generar posicionamientos de asistencialismo-paternalismo en los prestadores del servicio psicológico, o de posturas auto-victimizantes de la comunidad. Esto, para no actuar sobre el otro desde un lugar de poder-saber, sino desde una posición de respeto por la responsabilidad subjetiva del semejante, para “devolver” la responsabilidad institucionalizada a los actores sociales, a los participantes en las acciones conjuntas.

**Co-elaboración:**

En el sentido constructivista, por un lado, que indica que el conocimiento y las acciones son construidos mutuamente en función de los saberes particulares, para formar un tejido social de trabajo vinculado; y por otro lado considerar la noción psicoanalítica de <<elaboración psíquica>>” o <<trabajo elaborativo>>, pero ya no en la lógica de lo individual, si no hacerse cargo, desde una visión comunitaria en la que los participantes aportan con sus fracciones particularizantes a la re-construcción de su realidad, pasando de la queja a la demanda y de ésta a la acción, para transformarla completando los espacios faltantes con sus mutuas contribuciones.

**Co-participación:**

En el sentido de hacer juntos, desde un lugar de conciudadanía, de respeto mutuo en vez de tolerancia, de solidaridad en vez de misericordia o caridad, y que considere la autonomía aún en las interacciones dialógicas. En esta metodología se aplicó como eje fundamental para la realización de actividades, no desde la lógica impositiva de la intervención, sino del involucramiento.

**Co-evaluación:**

A estos tres principios que resultaron del análisis de naturaleza teórica, se sumó otro principio de naturaleza ciertamente más metodológica: el de la Co-evaluación, que opera para superar las posiciones de poder implícitas en la lógica de la evaluación tradicional, en la que uno sabe sobre otro que ignora y a quien el primero ha de probar o evaluar para validar su competencia o funcionalidad. Esto supone también trascender el paradigma positivista de la evaluación convencional, hacia un principio de evaluación compartida, en la que ambos: agentes y participantes valoran mutuamente el trabajo conjunto realizado, pasando así de una realidad-verdad sufrida y de otra realidad-verdad vista, a una realidad conjuntamente transformada.

Si bien estos principios aparentan un cariz más axiológico, ideológico o filosófico, su presencia en la acción es de una contundencia notable, puesto que son principios prácticos, que organizan y predefinen tanto las acciones como el lugar que se tomen dentro de ellas, permitiendo un abordaje del fenómeno o la dificultad, más plural y enriquecido.

Estos principios permitieron en esta Metodología de Atención Psicológica Comunitaria plantear decisiones y diseñar las actividades, métodos e instrumentos, desde un punto de vista multifocal de trabajo más íntegro, y no ya desde un lugar de imposición o anulación del otro.

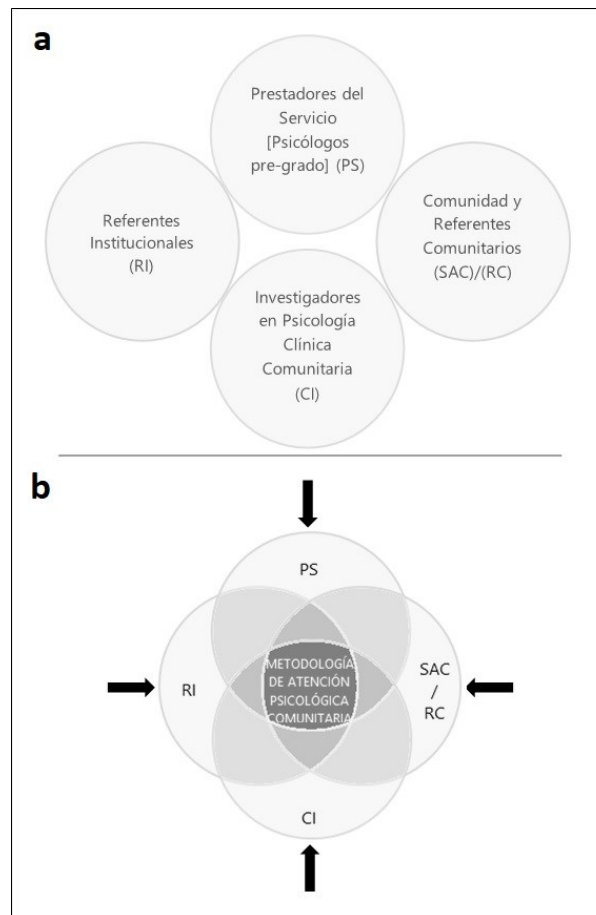
### **Categorías obtenidas del y para el trabajo co-responsable, co-elaborativo, co-participativo y co-evaluador:**

Este trabajo permitió generar unas categorías que sirvieron como coordenadas de referencia, y que implican en sí mismas una relación más saludable de trabajo. Así se generaron las categorías:

- *Sujeto de la atención comunitaria (SAC)*, para todo participante, que fue a la atención psicológica por sugerencia institucional, familiar o por voluntad propia (también para niñas, niños y adolescentes).
- *Referente comunitario (RC)*, a todo participante que esté por designación grupal o voluntad propia en una posición de movilizador y gestor de bienestar para sus conciudadanos.
- *Referente institucional (RI)*, a todo participante que, al estar vinculado con alguna institución pública o privada, tuvo como objetivo la gestión del bienestar ciudadano.
- *Prestador de servicio (PS)*, para aquellas personas que por formación, conocimiento o experiencia tenga un saber específico para compartir y aportar al bienestar comunitario.
- *Supervisor tutor-docente (ST-D)*, a todo aquel que cumpliera con la labor específica de dar sostenimiento a los procesos implementados, y,
- *Coordinador-Investigador (CI)*, que es quien se encarga de propiciar la confluencia de las demandas iniciales (Figura 1), para a través de los principios descritos, generar el trabajo conjunto. El trabajo del Coordinador-investigador implica, además, tramitar la multiplicidad de demandas o pedidos que cada sector tiene, para que estas demandas puedan ser articuladas adecuadamente.

En esta labor, en las zonas de intersección de las demandas se crean espacios topológicos de convergencia para el trabajo conjunto, en un número de nueve intersecciones;

de ellas, la zona de mayor confluencia es la que permite la implementación de una metodología de atención psicológica comunitaria, que recoge los pedidos de todos los sectores y los articula para el trabajo conjunto.



*Figura 1. Trabajo de demandas en la Atención Psicológica Comunitaria*

Nota: Confluencia de demandas en el trabajo psicológico comunitario:

a. Inicialmente las demandas aparecen contiguas o separadas.

b. Al acercarse, la confluencia de la multiplicidad de demandas crea espacios topológicos de convergencia para el trabajo (zonas sombreadas menos claras mientras más confluyentes).

Fuente: Elaboración propia.

Además, fue posible dar cuenta, siguiendo el trabajo de demandas en la Atención Psicológica Comunitaria, que las zonas de convergencia más claras permitieron durante este proceso, varias formas de trabajo comunitario o interinstitucional específico:

- entre SAC-RC y PS= trabajo de equipo en terreno, derivación y seguimiento de casos;
- entre SAC-RC y CI= trabajo de seguimiento y adaptación de procesos;
- entre PS y RI= trabajo de tutorías de prácticas pre-profesionales;



- entre CI y RI= trabajo de coordinación de procesos de prácticas, vinculación con la comunidad e investigación.

En las zonas de convergencia medianamente claras:

- entre RI, CI, y SAC-RC= trabajo de coordinación interinstitucional;
- entre CI, SAC-RC, y PS= trabajo de promoción y sensibilización para los procesos de atención;
- entre SAC-RC, PS, y RI= trabajo de vinculación con la comunidad;
- entre PS, RI, y CI= trabajo de capacitación, supervisión y co-elaboración técnica de procesos.

La zona menos clara hizo converger todos los elementos de la Metodología de Atención Psicológica comunitaria bajo los principios de co-responsabilidad, co-elaboración, co-participación, y más tarde, co-evaluación.

### **3.4 Resultados asociados al objetivo 4: Implementación de la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria en el Distrito 13D11**

En función de la naturaleza de esta propuesta metodológica, en la que el principio de trabajo no obedece a un proceso rígido o estático, sino a la construcción y reconstrucción dinámica, conjunta y constante del trabajo característico de las comunidades complejas, en la implementación de esta metodología de atención psicológica se generaron como resultado una serie de criterios que sistematizados dan cuerpo a una semblanza que se presenta como sugerencia, para que más allá de la replicación impositiva, pueda repensarse para ser realizada en la lógica de la re-aplicación, haciendo énfasis más en los procesos y en la intencionalidad (Tobón 2011), que en la direccionalidad.

#### **Propósito de la metodología de atención psicológica comunitaria:**

Mejora la capacidad de participación y responsabilización de los diferentes actores comunitarios o institucionales involucrados en un proceso de atención psicológica comunitaria.

### **Principios metodológicos-organizadores:**

- Co-responsabilidad: entendida como la responsabilidad compartida desde las capacidades de cada actor comunitario o institucional.
- Co-elaboración: esto es, la elaboración mutua de todos los elementos de trabajo (matrices, instrumentos, formatos específicos, etc.) involucrados en el proceso de atención psicológica comunitaria
- Co-participación: implica la participación conjunta en las actividades y procesos planteados, es decir, trasciende la simple función de liderazgo por un hacer conjunto según las experticias o conocimientos de cada cual.
- Co-evaluación: tiene que ver con una evaluación más profunda sin referencia de poder, es decir, de uno que evalúa a otro, sino de mutua evaluación de los procesos, resultados y metas alcanzadas.

### **Perfil de beneficiarios / participantes:**

En cuanto al perfil de la población beneficiaria, esta metodología propuesta delimitó su aplicación a un público en general, niñas, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores; pero no consideró la atención de temas específicos como casos de violencia de todo tipo, de manera específica, puesto que tales casos connotan situaciones legales cuya atención no está prevista en esta propuesta. Tampoco esta metodología se aplicó a casos de dificultades de pareja, en concreto.

### **Propuesta de intervención:**

Esta propuesta sugiere cuatro fases elementales (sin perjuicio de que se puedan añadir más, claro está). expresadas en un orden no necesariamente delimitados entre sí. Las fases sugeridas son:

- Fase 1: Planificación, Identificación de hechos.
- Fase 2: Análisis, elaboración de propuesta.
- Fase 3: Implementación.
- Fase 4: Evaluación.

Aunque los principios metodológicos-organizadores están activos y se sostienen durante todas las fases sugeridas, también es cierto que pueden tomar mayor acción en

algunas de ellas. En el caso de lo trabajado en esta experiencia de investigación-acción, los principios parecieron tener un énfasis secuencial muy cercano a las fases, así: en la fase de Planificación, e Identificación de hechos se evidenció la presencia más determinante del principio de co-responsabilidad; en la fase de Análisis, el principio de co-elaboración; en la fase de Implementación, el principio de co-participación; y, en la fase de Evaluación, pues la co-evaluación.

### **Consideraciones para la evaluación diagnóstica**

Durante la investigación realizada, tuvo mucha importancia metodológica el levantamiento de una línea de base situacional solvente, porque permitió partir de una mirada más completa para elucidar el tipo de servicio psicológico que las comunidades demandaban. Además, permitió caracterizar adecuadamente la situación inicial, los participantes y las dinámicas comunitarias-institucionales existentes.

### **Consideraciones para el análisis y elaboración de propuesta**

Según lo trabajado en esta experiencia investigativa, parece ser muy importante la participación de todos los actores involucrados, es decir, que se propicien los espacios para escuchar sus voces y garantizar los consensos. Este trabajo, en apariencia extenso, asegura un nivel adecuado de identificación y pertenencia con el proceso y con los actores, aportando un significativo proceso de vinculación social.

Por ejemplo, con el fin de co-elaborar, fundamentar, plantear e implementar la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria en el Distrito 13D11, en base a reuniones de trabajo con referentes comunitarios, institucionales, la técnica de <<grupos de discusión>>, permitió dar cuenta de la capacidad de organización de los referentes comunitarios e institucionales, en su conjunto. Este trabajo posibilitó también valorar el alto grado de creatividad e involucramiento de los prestadores del servicio y de los supervisores tutores-docentes a la hora proponer sus ideas y aportaciones, tal como se puede evidenciar en algunas de sus expresiones recogidas en la tabla 6:

Tabla 6

*Registro anecdótico de reuniones de trabajo con co-responsables comunitarios e institucionales*

Voz	Texto
RC*:	<i>“Nosotros podemos organizarnos bien, ya lo hemos hecho antes”.</i>
RC:	<i>“Nos gusta forma parte de lo que pasa en nuestra comunidad, pero tenemos que trabajar organizadamente, con orden”.</i>
RC:	<i>“Podemos hablar con la junta parroquial para que nos adecen dos salones, para que den la atención”.</i>
RI**:	<i>“Creo que el primer paso sería buscar un lugar, yo tengo un espacio aquí en la escuela, ahora es como nuestra bodega, pero podemos limpiarlo”.</i>
RI:	<i>“Aquí hay mucho espacio, podemos adecuar rápidamente un lugar”.</i>
RI:	<i>“Vamos a hablar con la directora de otra escuela, ella creo que tiene unas sillas que les sobran”.</i>
PS***:	<i>“queremos hacer una atención en la que la gente no tenga que hacer tanta cola ni esperar tanto”.</i>
PS:	<i>“Sería importante manejar un registro que sea rápido de llenar, para no ocupar todo el tiempo en llenar fichas”.</i>
ST-D***:	<i>“las personas necesitan algún tipo de documento de cita o registro que les garantice la atención”.</i>

Fuente: investigación de campo.

Nota: \*RC= Referente comunitario; \*\*RI= Referente Institucional; \*\*\*PS= Prestador de Servicio; \*\*\*\*ST-D= Supervisor tutor-docente.

Como resultado de estos grupos de discusión se logró identificar los actores claves: referentes comunitarios e institucionales co-responsables, se tomaron las decisiones pertinentes para el establecimiento de los espacios de atención psicológica, la gestión de recursos, la distribución de responsabilidades, los responsables, los lugares, materiales y mobiliario requeridos.

Además, en esta fase, utilizando la información de las notas textuales, guías de observación, entrevistas a psicólogos, recolectada durante las visitas técnicas a territorio y la información de registros anecdóticos de reuniones, se realizó un primer análisis diagnóstico situacional que permitió delimitar las comunidades en las que se trabajaría, y los espacios institucionales en los que se podría coparticipar. Esta información se cuadró en una matriz de involucrados en la Atención Psicológica Comunitaria (anexo Q).

Se acordó entonces trabajar en once espacios (comunitarios e institucionales) entre los que se incluyeron cuatro escuelas, dos colegios, una ONG, la extensión de una Universidad, un centro de privación de libertad, y un dispensario Médico parroquial eclesiástico. La razón

de que se haya recurrido a espacios más institucionales, y sobre todo a escuelas y colegios, es que son precisamente estos lugares los que contaban con más accesibilidad, espacios y mobiliarios disponibles para implementar el servicio de atención psicológica, en relación con la falta de salones, centros y casas comunales, en el distrito 13D11.

### **Consideraciones para la promoción y difusión del servicio**

La difusión y promoción del servicio de atención psicológica en el distrito fue determinante para la asistencia voluntaria de pacientes (niñas, niños, adolescentes, adultos, y adultos mayores) a los espacios de consulta gratuitos distribuidos en instituciones educativas, sociales y de salud en donde equipos de trabajo habían sido conformados. En esto, la participación de todos los referentes comunitarios e institucionales fue crucial, tanto para despertar curiosidad hacia el servicio, en los potenciales SAC, como para generar involucramiento en los co-responsables. La lógica de estas alianzas comunitarias e institucionales se sostuvo en los principios de co-responsabilidad, co-elaboración y co-participación, para horizontalizar los procesos y trabajar los cambios sociales desde un enfoque de Prevención global (ver marco teórico, pág. 24).

### **Consideraciones para la atención psicológica individual**

Como resultado del trabajo co-elaborativo, se establecieron los tiempos y dinámicas de los procesos de la Atención Psicológica, quedando consensuada de la siguiente forma:

- El proceso de “diagnóstico psicológico” /sesiones preliminares tuvo una duración límite general de tres sesiones (ver figura 2). Sin embargo, al tratarse de una metodología abierta y flexible, ese tiempo podía ampliarse desde la óptica del prestador de servicio en revisión con el supervisor tutor-docente.
- Se dio una <<sesión de devolución>> al agotarse el “psicodiagnóstico”, en la que se decidió si se continuaba un proceso de psicoterapia o acompañamiento psicológico o se cerraba el proceso, según el deseo del SAC.
- Se procedió al proceso Psicoterapia cuando en el trabajo conjunto se pudo identificar una demanda latente, esto es, la identificación de la problemática profunda que moviliza al SAC, situación que puede ser identificada por el SAC o por el PS.

- Se procedió al proceso de Acompañamiento Psicológico cuando, aunque no aparezca una demanda latente, el SAC desee continuar asistiendo y el PS confirme en el compromiso mostrado por el SAC la presencia de ese deseo.
- En ambos casos, psicoterapia o acompañamiento, la duración de la misma dependió de los objetivos planteados en el acuerdo entre el SAC y el PS en la sesión de devolución previa.
- Para todos los procesos de atención psicológica, que implicaron la atención de niñas y niños, se firmaron cartas de autorización de parte de sus padres o tenores legales.
- A todo niña o niño “llevado” a la atención psicológica, se le preguntó directamente y sin coerción si deseaba continuar el proceso de atención psicológica, al final de la primera entrevista, y se respetó esa decisión aún si contradijo la de sus padres u otras.

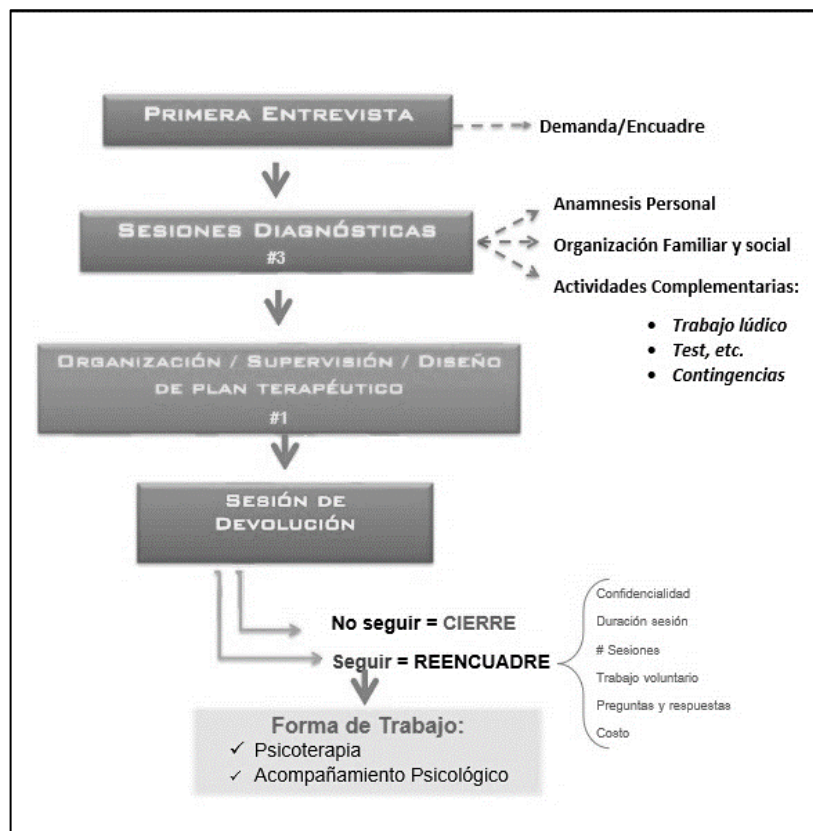


Figura 2. Ruta del proceso de Atención Psicológica Comunitaria

Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, también dentro de los procesos de co-elaboración ejecutados en los grupos de discusión apareció la propuesta de plantear trabajo psicológico con grupos, pero luego del análisis de espacios y recursos disponibles, dicha propuesta se desestimó.

También, en base al trabajo de <<grupo de discusión>>, en la lógica de co-elaboración con los prestadores del servicio y los supervisores tutores-docentes se obtuvo como productos los siguientes instrumentos:

- Ficha de identificación-registro-seguimiento, para la primera entrevista, documento en el que se recogieron los datos de las demandas y pedidos de los SA, de sus problemáticas y dificultades, así como de los datos sociodemográficos genéricos.
- Registro anecdótico de sesiones: para sesiones preliminares: documentos que permitieron dar cuenta de los elementos necesarios para plantear una hipótesis explicativa de cada caso y a partir de ahí fin de realizar una adecuada planificación y abordaje psicoterapéutico.

### **Resultados de la atención psicológica en relación con instituciones participantes**

La propuesta Metodológica de Atención Psicológica Comunitaria fue aplicada específicamente en relación con la prestación de servicios psicológicos, durante un período de ocho meses. En este tiempo se dio atención psicológica sin costo económico a 381 sujetos participantes comunitarios, brindándose 1128 prestaciones o sesiones de trabajo.

A través de la Ficha específica para el análisis documental, se organizaron y filtraron los datos y resultados numéricos de las atenciones y prestaciones realizadas, que fueron documentadas en los registros anecdóticos de sesiones y en las historias clínicas, específicamente.

Esta información se transfirió a la Matriz de prestaciones y datos generados por la atención psicológica, y desde allí se pudieron observar algunos indicadores resultantes de las prestaciones psicológicas realizadas, presentadas en la tabla 7:

Tabla 7  
*Indicadores de las prestaciones realizadas*

<b>Edades de los SAC</b>	<i>f</i>	%
Niñas/os 0 - 12 años	133	34,9
Adolescentes 12 - 18 años	109	28,6
Adultos 18 – 65 años	136	35,7
Adultos Mayores + de 65	3	0,8
Total	381	100,0
<b>Género de los SAC</b>		
Masculino	195	51,2
Femenino	186	48,8
Total	381	100,0

Fuente: investigación de campo.

El grupo etario más atendido fue el de las niñas y niños participantes, seguido de los adultos, y los adolescentes; por otro lado, la participación en el servicio de atención comunitaria de los adultos mayores, fue minoritaria. No hay diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de participación por género en los procesos de atención comunitaria. En cuanto a la demanda, los resultados obtenidos mostraron un nivel muy diverso en los resultados, tal como se observa en la Tabla 8:

Tabla 8  
*Análisis de la demanda recibida en atención*

<b>Naturaleza de la demanda</b>	<i>f</i>	%
Institucional	203	53,3
Voluntaria	124	32,5
Familiar	54	14,2
Total	381	100,0
<b>Origen de la demanda</b>		
Comunitario	167	43,8
Educativo	144	37,8
Social	70	18,4
Total	381	100,0
<b>Etapas del proceso trabajado</b>		
Diagnóstico	381	100,0
Acompañamiento psicológico	75	19,6
Psicoterapia	24	6,3

Fuente: investigación de campo.

El pedido de atención psicológica institucional fue relativamente mayor al pedido voluntario; ambos superaron significativamente a la demanda de atención psicológica desde un representante familiar. Resulta interesante visualizar un impacto de la metodología en el



hecho de que la mayoría de las demandas provenían de la comunidad lo cual puede relacionarse directamente con el nivel de involucramiento propiciado a partir de la lógica de la co-elaboración y la co-participación. Todos los casos trabajados cumplieron el proceso de psicodiagnóstico, mientras que cifras menores de ellos pasaron a un proceso de acompañamiento y psicoterapia.

Durante todo el tiempo de implementación de la Metodología de Atención Psicológica, el proceso de seguimiento y evaluación, realizada por los tres Supervisores Técnicos - docentes, estuvo basada en el método clínico psicológico, y sostenido en textos académicos y de especialidad.

### **3.5 Resultados asociados al objetivo 5: Evaluar por criterio de expertos implicados-afectados la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria**

El proceso completo de gestión, aplicación y evaluación de esta Metodología de Atención Psicológica Comunitaria tomó dos años siete meses. Los últimos meses, el trabajo estuvo orientado a recolectar organizar y tabular la información proveniente de las entrevistas de evaluación a los expertos implicados-afectados, a fin de corroborar la Metodología propuesta. Se recogieron testimonios focalizados orales, en forma de reflexiones que realizaron los participantes en la Metodología, con respecto a su visión de la experiencia, y al significado o impactos de lo implementado, lo cual fue abordado en entrevistas cualitativas, para horizontalizar en la misma lógica a referentes comunitarios o institucionales, prestadores del servicio y población.

Finalmente, la composición del grupo de informantes tuvo un total de 14 co-evaluadores: cuatro participantes directos e indirectos del servicio, cuatro referentes comunitarios e institucionales, cuatro psicólogos pregrado prestadores del servicio, y dos supervisores Técnicos-docentes, entrevistados.

Para organizar y analizar la información de las entrevistas cualitativas se utilizó una hoja de análisis de contenido, para analizar e interpretar los sentidos explícitos e implícitos de la información generada. Estas entrevistas aportaron a la evaluación con percepciones muy clarificadoras y significativas, algunas de los cuales se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 9

*Análisis de contenido de entrevistas con expertos implicados-afectados*

Voz	Texto	Contexto
1	<i>“Creo que al fin puede ir a un psicólogo ... siempre quise ir, pero no me decidía... me gustó que me dejaran decidir sobre quién era que me iba a atender, y las horas para ir para allá”.</i>	SAC* 1: Adulto, mujer, calle de uno de los sectores participantes.
2	<i>“Bueno, estoy mejor... necesitaba hablar mis problemas, y no que solamente me señalen con el dedo ... y eso que al principio no quería venir (sonríe) ahora mis amigos me preguntan ¡¿y qué te pasó?!”</i>	SAC 2: Adolescente, hombre, espacio de consulta en institución educativa.
3	<i>“Antes no se tenía idea de los psicólogo, ahora tenemos dos cerquita todos los días, y a los niños les gusta ir” (Sic).</i>	RC** 1: Adulto, hombre, junta parroquial.
4	<i>“Se debe seguir trabajando en este tipo de proyectos, incorporar más personas para llegar a más lugares, e incluir a la academia siempre en el trabajo en comunidad”.</i>	RI 2: Adulto, mujer, oficina administrativa de la extensión universitaria local.
5	<i>“La verdad es que la chica que me atendió me ha escuchado con paciencia, yo espero cambiar, ya estoy en camino... es difícil, es bueno que nos atiendan también a los que estamos acá adentro”.</i>	SAC 3: Adulto, hombre, centro de privación de libertad.
6	<i>“Han ido muchas personas del barrio, al principio como que tenía mos vergüenza (sonríe) pero ya después con las charlas que nos dieron la cosa cambió”</i>	RC 2: Adulto, hombre, parque comunal.
7	<i>“Siempre es algo complejo participar en un proyecto de atención, y más en psicología, donde la demanda (pedido psicológico) voluntaria suele ser escasa o nada... pero aquí nos topamos con sorpresas positivas en relación a la demanda voluntaria desde la comunidad”.</i>	ST-D*** 2: Adulto, hombre, espacio comunitario de atención psicológica.
8	<i>“Participar con más tiempo, o sea sería bueno tener más tiempo de trabajo con la comunidad, años, para conseguir aún más resultados”.</i>	PS**** 1: Adulto, mujer, espacio de consulta en ONG.
9	<i>“Me gusta venir, estar aquí, con los juguetes, es divertido ... dibujar... pintar... hablar y jugar sin que me reten o me pongan cero”.</i>	SAC 4: Niño, escuela de uno de los sectores participantes.
10	<i>“La ayuda que dan es muy buena, las personas vienen porque es buena, es útil, porque antes no había este servicio a la gente”</i>	RC 3: Mujer, Adulta mayor, dispensario médico comunitario.
11	<i>“Creo que habría que tener más trabajo grupal y con las familias, porque a veces eso reforzaría más lo que se hace”.</i>	PS2: Adulto, mujer, espacio de consulta comunitario.
12	<i>“Este proyecto aportó mucho a la tranquilidad de las personas de esta comunidad. La gente me ha comentado que es buena gestión mía (ríe) pero la verdad es que si ha servido”.</i>	RC 4: Adulto, hombre, salón del comité barrial.

Fuente: investigación de campo, años 2014-2016.

Nota: \*SAC= Sujeto de la Atención Comunitaria; \*\*RC= Referente comunitario; \*\*\*ST-D= Supervisor tutor-docente; \*\*\*\*PS= Prestador de Servicio.

Las voces 1, 7, 9, de dos sujetos de atención y un supervisor de la atención, entran en la reflexión sobre la participación en el proceso de atención psicológica. En el análisis de sentidos explícitos/implícitos de estos textos se infiere que los participantes entienden esta metodología como una forma de trabajo basada en la apertura a la co-participación en la toma de decisiones sobre el proceso y sus tiempos; y aunque se reconoce la complejidad de trabajar con una demanda o petición de atención psicológica, en esta propuesta abierta, el marco de co-responsabilidad incluso entre prestador de servicio y el participante

comunitario, presenta otras características al de la demanda impuesta. También se identifica la posición de respeto que mantiene el prestador del servicio, frente a las dificultades del SAC, posición que es uno de los principales factores que generan adherencia al tratamiento (enganche al proceso) sobre todo en el trabajo *con* niños.

Las voces 2, 5 y 12 aluden a los resultados percibidos, desde dos sujetos de la atención psicológica y un referente comunitario. De estos textos se infiere que los procesos implementados aportaron a los participantes cambios, que son connotados como bienestar, tranquilidad y el autorreflexión, además de que implícitamente indican la resonancia que hubo de estas mejoras de las problemáticas de los participantes, en las personas de su entorno inmediato. En cuanto al referente comunitario, el proceso aportó además algún nivel de actualización de su posición de co-gestor comunitario.

Las voces 3, 6 y 10, de tres referentes comunitarios, denotan los Impactos percibidos de la aplicación de la metodología, el análisis de contenido aquí da cuenta del señalamiento de diferencias entre el antes y el después de la aplicación de la propuesta, denotada como beneficiosa; Además, estos textos connotan también, cómo la Metodología ha llegado a ser aceptada o aprobada, por niños y personas adultas que han participado del servicio.

Las voces 4, 8, y 11, de parte de un referente institucional, y dos prestadores del servicio, contribuyen como voces críticas y evaluativas desde recomendaciones para futuras mejoras de la metodología, entre las que se denotan: la incorporación de más personas para ampliación de cobertura; la extensión de los tiempos de aplicación de la propuesta; la inclusión de dispositivos de trabajo grupal y familiar. Estos elementos significantes connotan, además, por un lado, el lugar de involucramiento alcanzado de parte de los PE, quienes al co-elaborar también la propuesta sienten la confianza necesaria para evaluarla y delimitar puntos a mejorar; y, por otro lado, de parte del RI, la solicitud de continuar trabajando en la lógica de vincular academia y comunidad.

A partir de los resultados obtenidos del total de entrevistas, y a través del instrumento: lista de frecuencia, se pudieron evidenciar algunos elementos significantes en forma de frases recurrentes o coincidentes en el discurso de las personas entrevistadas, para evaluar la metodología de Atención Psicológica, los mismos que se muestran en la Tabla 10:

Tabla 10  
*Frecuencias halladas en las entrevistas de co-evaluación*

Comunidad- Institución de referencia	Recurrencia	<i>f</i>
A D G K	<i>“Pude hablar de mis problemas”.</i>	13
D E H I	<i>“Resolver problemas”</i>	13
B D I K	<i>“Ayudar a los niños/as”.</i>	13
C G H J	<i>“Ir al psicólogo/a”.</i>	12
A C D F	<i>“El proyecto ayudó mucho”</i>	12
E F G J	<i>“Hay que mejorar los espacios de atención”</i>	12
E I J	<i>“Este proyecto aportó mucho”</i>	11
C G I	<i>“La ayuda ha sido buena”</i>	10
D H J	<i>“Ayudar a las personas”.</i>	9
D G K	<i>“El proyecto contribuyó mucho”</i>	9
A E I	<i>“El trabajo fue difícil”</i>	9
D J K	<i>“Inclusión de la comunidad”</i>	8
B F K	<i>“Se necesita más trabajo en la comunidad”</i>	7
D E G	<i>“Al inicio la gente no asistía con facilidad”.</i>	6
A F	<i>“Hay que seguir trabajando en el proyecto”.</i>	5
C D	<i>“Más tiempo de trabajo con la comunidad”</i>	5
A I	<i>“Tranquilidad de las personas”</i>	4
C H	<i>“Hay que trabajar con familias”</i>	3

Fuente: investigación de campo.

Organizados todos los textos transcritos de las entrevistas, en literales (A, C, D, E, F, G, H, I, J, K) asignados según las once comunidades o instituciones referentes a las que pertenecen o participaron los SAC, RC, RI, PS, y ST-D, se analizaron las frases o términos constantes que aparecieron en el discurso de los entrevistados, es decir los temas o frases que más se repitieron en sus textos, más allá de la contigüidad o no en el territorio, de modo tal que estas recurrencias se establecen como hechos del discurso.

El análisis de las recurrencias (hechos del discurso) de los catorce entrevistados permitieron leer las constantes en este proceso de co-evaluación. Agrupados según las coincidencias temáticas las recurrencias permiten analizar el discurso implícito, por lo tanto, leer por connotación los puntos comunes del discurso en donde se co-evalúa el trabajo realizado, como se ejemplifica en la siguiente Tabla 11:

Tabla 11

*Análisis de recurrencias en la co-evaluación*

Recurrencias focalizadas	Productos del análisis
<p><i>“Pude hablar de mis problemas”.</i>  <i>“Resolver problemas”.</i></p>	<p>Estas expresiones dejan ver por un lado la claridad en la idea que se tiene sobre el objetivo genérico de la atención, así como la funcionalidad técnica y pertinencia de los espacios de escucha abiertos a la comunidad.</p>
<p><i>“Ayudar a los niños/as”.</i>  <i>“Ayudar a las personas”.</i></p>	<p>Aunque el significante en común es la palabra ayudar, por su sentido más asistencialista, estas expresiones connotan también la percepción que tienen los participantes sobre la población beneficiada.</p>
<p><i>“Ir al psicólogo/a”.</i></p>	<p>En esta expresión recurrente se connotan dos cosas: una en la dimensión del deseo subjetivo implícito en: “ir a”, en el orden de la voluntad y la intención; y otra, denota obviamente la familiarización con la nomenclatura del prestador del servicio.</p>
<p><i>“El proyecto ayudó mucho”.</i>  <i>“Este proyecto aportó mucho”.</i>  <i>“El proyecto contribuyó mucho”.</i>  <i>“Tranquilidad de las personas”.</i>  <i>“La ayuda ha sido buena”.</i></p>	<p>Estas expresiones denotan directamente la valoración que los participantes tienen de la Metodología de atención psicológica: ayudó/aportó/contribuyó. Situación que se completa su forma si se le añade la cuarta y quinta frase.</p>
<p><i>“El trabajo fue difícil”.</i>  <i>“Al inicio la gente no asistía con facilidad”.</i>  <i>“Inclusión de la comunidad”.</i></p>	<p>De aquí se connotan la dinámica que fue tomando la co-participación en el proceso de implementación de la propuesta metodológica, en su proceso de inclusión de la comunidad, la cual se dio no sin dificultades sobre todo en el proceso de inicio.</p>
<p><i>“Hay que seguir trabajando en el proyecto”.</i>  <i>“Más tiempo de trabajo con la comunidad”.</i>  <i>“Se necesita más trabajo en la comunidad”.</i>  <i>“Hay que trabajar con familias”.</i>  <i>“Hay que mejorar los espacios de atención”.</i></p>	<p>Estas expresiones pueden analizarse como recomendaciones explícitas, que por un lado interpelan a continuar el proyecto, y por otro sugieren dos formas de trabajo que no fueron abordados en la propuesta metodológica.</p>

Fuente: investigación de campo.

### 3.6 Discusión de resultados

En la presente investigación, que tuvo como principal objetivo Contribuir a la atención psicológica en el Distrito 13D11 mediante la implementación de una metodología de atención psicológica comunitaria, se han obtenido un número importante de datos, los cuales, serán comparados con los resultados de estudios anteriores, en la medida de lo posible, dado que prácticamente hay un estudio de la misma naturaleza publicado al respecto en este país,

y muy pocos en la región. Por esta razón se realizó triangulación metodológica y triangulación teórica con los resultados, cifras, principios, afirmaciones, y testimonios focalizados que dan cuerpo a los hallazgos de este estudio y esto se contrastó con los principales criterios teóricos y principios metodológicos de los autores conocedores de la disciplina, para generar aportaciones significativas al conocimiento.

Siguiendo con este apartado se compararán los resultados obtenidos en relación con el primer objetivo específico planteado en esta investigación, el mismo que buscaba caracterizar la atención psicológica en el Distrito 13D11. Se encontró que en las veintidós comunidades-organizaciones-instituciones visitadas en todo el distrito, atendían apenas ocho psicólogos clínicos, en un total de cinco servicios de atención psicológica. Sólo dos servicios psicológicos hacían atención a población abierta, y los otros servicios atendían temas específicos como: violencia de género, rehabilitación social, y protección de derechos. Cuatro de estos servicios contaban con espacios de consulta, y la mayoría de ellos no llevaban una contabilidad específica de la frecuencia de personas en atención, salvo el hospital local, aunque no había acceso a las mismas. Esto se corresponde ampliamente con el hecho de que las veintidós comunidades-organizaciones-instituciones encuestadas dieron unánime cuenta de la necesidad de implementación de un servicio de atención psicológica comunitaria.

La carencia de servicios psicológicos y de profesionales asociados a los mismos, en número suficiente y trabajando en las condiciones mínimamente adecuadas, contrasta fuertemente con los datos del INEC (2010) que dan cuenta de que el distrito 13D11 (formado por los cantones: Sucre y San Vicente) representa un total de casi ochenta mil pobladores. Situación tampoco difiere poco de lo que ocurre en otros países, incluidos los de <<primer mundo>>. En España, por ejemplo: “la organización y configuración actual de la asistencia sanitaria es tal que el ciudadano carece de acceso directo a servicios de asistencia psicológica en la red pública” (Pastor S., 2008, pág. 282). Además, siguiendo la argumentación de Rueda (1991): la presencia de los psicólogos en los servicios sociales comunitarios es muy reciente, es poco conocida, poco comprendida y, sobre todo, muy cuestionada desde intereses sectarios o inmediatistas y de políticas miopes”. (Párr. 204).

Los ocho psicólogos que atendían durante el periodo 2013-2014 en el distrito 13D11 recibían entre cinco a diez “pacientes” diarios, y las demandas más frecuentes en atención eran: violencia intrafamiliar, dificultades educativas, depresión, ansiedad. Esto se corresponde significativamente con el hecho de que todos los psicólogos preguntados percibieron una alta demanda de atención psicológica y manifestaban sentirse desbordados.

Frente a este escenario, Serrano-García (2010) identifica varios retos para la psicología en la comunidad: legitimar y promocionar la disciplina; formar en interdisciplina; superar la barrera de la desvinculación de la sociedad civil y otras estructuras de explotación de la comunidad desde la academia; el aislamiento de programas de psicología comunitaria de otros programas académicos y del concierto mundial; sistematizar las intervenciones, presentarlas y publicarlas; apoyar nuevos criterios para evaluar la ejecución y la investigación en la comunidad, distinta a la investigación tradicional.

En el levantamiento inicial de esta investigación se encontró que las comunidades-organizaciones-instituciones visitadas tuvieron mucha apertura al trabajo conjunto, que las dinámicas comunitarias en el distrito 13D11 dieron cuenta de que los participantes comunitarios perciben sus propias problemáticas, y que ello reflejó mayormente en el grado nivel de permeabilidad de sus ecosistemas. Se encontró que en estos cantones hay mucha capacidad de gestión y autogestión comunitaria; y que hay mucho potencial de involucramiento y responsabilidad en las instituciones educativas de este distrito, sobre todo en cuanto a lo que corresponde a apoyo con espacios y mobiliario. Esto se relaciona con lo expuesto por Cordero (2006) quien dice que: “la organización comunitaria se constituye en espacios de trabajo colectivo, donde se producen encuentros intersubjetivos y se comparten dimensiones variadas que nos dan cuenta de la convivencia humana. (pág. 2)

Un hallazgo muy relevante, relacionado con la accesibilidad, comodidad y percepción de bienestar de estas comunidades, tiene que ver con las condiciones socioeconómicas en las comunidades del distrito 13D11 muy marcadas y diferenciadas. Se pudo observar que el territorio ha sido dividido entre una zona más acomodada y con mejores servicios: Bahía de Caráquez, a diferencia de la parroquia Leónidas Plaza, carente de aquello. La misma relación desigual puede observarse entre Bahía de Caráquez y el cantón San Vicente. Esto visibiliza

no solo las diferencias socio-geo-políticas entre ellos, sino también el impacto, que como hecho de su discurso, marca sus cosmovisiones, imaginarios y percepción de bienestar.

Si bien en esta investigación, se pudo identificar once espacios potenciales para trabajo psicológico comunitario, con condiciones mayormente adecuadas para el trabajo y con accesibilidad a rutas de transporte y movilización; se encontró que no existían en este distrito espacios accesibles para el trabajo grupal comunitario, lo cual representó una dificultad a la hora de la ampliación de servicios comunitarios a través de dispositivos grupales o familiares.

Desde la lógica de los manuales a veces se sugiere la aplicación variada de un diverso menú de dispositivos comunitarios, pero eso, a la luz de los resultados de esta investigación, no es necesariamente dable, porque como es usual se parte del ideal de comunidad, o desde una visión excesivamente academizada y alejada de la realidad, pero en lo concreto las cuestiones no son ni ideales ni simples. Esto se puede asociar con lo propuesto por Maya J., (2012): “las buenas prácticas que extraen los investigadores requieren de adaptación a poblaciones específicas” (pág. 536). Y da cuenta también de lo declarado por Montero M. (2011): “el trabajo comunitario es muy complejo” (pág. 61), y por Pallí (2003): “reconocer e incluir la complejidad encontrada por lo/as psicólogo/as en sus prácticas comunitarias. (Pallí, 2003, pág. 309)

En relación al segundo objetivo de esta investigación, el mismo que buscaba Fundamentar la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria en el Distrito 13D11, la revisión sistemática de la literatura, de ochocientos ochenta y dos artículos científicos, recogidos de bases científicas de datos de acceso libre, tributó a este estudio con los conceptos, puntos de vista, enfoques, propuestas metodológicas y criterios generadores para el trabajo comunitario que sustentaron esta investigación. Esto permitió reflexionar sobre las experiencias comunitarias de este país y de otras latitudes de Latinoamérica, principalmente. Aunque hay que resaltar que, en este país, según la revisión realizada, apenas hay una publicación relacionada a atención psicológica comunitaria (Egas & Salao, 2011).



Sin embargo de este déficit local, uno de los hallazgos significativos a este nivel fue que la psicología comunitaria está revitalizando su lugar en el discurso científico, lo que le suma pertinencia y actualidad a esta investigación. Maya J., (2012) describe como:

Las revistas de más impacto de la psicología comunitaria han empezado recientemente a dedicar un lugar preferente a debatir cuáles son las mejores estrategias para facilitar la transferencia del conocimiento al ámbito aplicado; tanto el *American Journal of Community Psychology* como el *Journal of Community Psychology* cuentan con una línea de publicaciones consistentes que tratan los procesos de transferencia en contextos comunitarios de intervención. (pág. 534)

Consonando con esto, Canales (2007), afirma que: “la comunidad vuelve a ponerse en el horizonte como un espacio intersubjetivo de pertenencia o contención, encuentro, diálogo, pero ahora en torno a la acción y sus preguntas (Canales, 2007, pág. 253) A esto se suma el criterio de Cueto, Seminario, & Balbuena, (2015), para quienes: “la organización y la participación comunitaria ocupan un lugar importante en el discurso como estrategias para la superación de las dificultades y se valoran positivamente, 58 (Cueto, Seminario, & Balbuena, 2015, pág. 58)

En relación al tercer objetivo de esta investigación, que buscaba plantear los principios metodológicos para la atención psicológica comunitaria en el Distrito 13D11, a partir de la fundamentación teórica que se realizó, y sin perder de vista el paradigma Crítico Socio-constructivista, y la visión especial del enfoque psicodinámico, los cuatro principios metodológicos que se propusieron: Co-responsabilidad; Co-elaboración; Co-participación; y Co-evaluación, permitieron horizontalizar y compartir lo más proporcionalmente posible las responsabilidades dentro de un proceso comunitario; construir el conocimiento y las acciones mutuamente en función de los saberes particulares.

Si bien estos principios parecen ser más axiológicos, filosóficos o ideológicos, su guía en la toma de decisiones y en los procedimientos fue contundente lo que los transformó en principios pragmáticos que organizaron roles, funciones y formas de abordaje de este trabajo de investigación comunitaria. Estos principios metodológicos fueron útiles para la integración de los participantes comunitarios en la propuesta a fin de alejarse de prácticas objetantes que actuales, coincidiendo con la propuesta de Suárez (2002) quien insta a superar

la investigación social dominante, mimética del conocimiento experimental, para dar paso a nuevas maneras de entender el conocimiento social a través de las perspectivas y valoraciones de los participantes, quienes, “dejando a un lado su consideración de objeto-cosa de la investigación, adquieren el rol de sujeto-persona del proceso de indagación” (pág. 41). Entonces, “la preocupación se desplaza hacia la validez ecológica del conocimiento y a la implicación comunitaria en el proceso de intervención.”<sup>534</sup> (Maya J., 2012, pág. 534)

Lo principios metodológicos aplicados en esta investigación, coinciden entonces con este relativamente nuevo paradigma de investigación social, que “sugiere el desarrollo de estudios que consideren a los miembros de la comunidad como investigadores/as comunitarios”, según Jiménez, Castro, Santiago, Montalvo, & Toro (2013, pág. 1). Estos autores indican que el trabajo comunitario implica principios medulares: es participativa, es cooperativa, es un proceso de co-aprendizaje, capacitación y apoderamiento, orientado hacia la búsqueda de un balance entre la investigación y la acción. Y concluyen que: “los modelos tradicionales de investigación corren el riesgo de reproducir escenarios donde la polarización del poder crea distancia y desconfianza en los miembros de la comunidad” (Jiménez, Castro, Santiago, Montalvo, & Toro, 2013, pág. 12)

En coincidencia con la investigado en esta propuesta metodológica; Jiménez & otros narran que: “en nuestro estudio, un intercambio productivo de aprendizaje se generó durante las reuniones de trabajo entre los/as investigadores/as de la comunidad y los/as investigadores/as académicos” (2013, pág. 12) También coincidiendo con el principio de corresponsabilidad de este estudio, Musitu, Herrero, Cantera, & Montenegro (2004), confirman que: “uno de los indicadores de una organización/comunidad potenciadora es el de compartir responsabilidades (...) significa, en líneas generales, participar (...) en los procesos de toma de decisión” (pág. 179)

Otros estudios, han puesto de relieve también la importancia del desarrollo de prácticas dialógicas-participativas en el ámbito comunitario tarea vivida por los actores sociales como un desafío político y metodológico (Lima, 2012, pág. 60). Hay, por tanto, como señala Mayorga (2014), la necesidad de redefinir la psicología social que se produce en América Latina, su objeto de estudio e intervención, sus fundamentos y su propósito. “En otras palabras, sus aspectos epistemológicos, teóricos, y metodológicos precisaban ser

reinventados, y un reposicionamiento de los aspectos éticos y políticos se hizo urgente” (pág. 223).

Los principios metodológicos aplicados en esta investigación impulsaron la necesidad de crear categorías para referenciar a los participantes del estudio, que como coordenadas lingüísticas permitieron mapear los elementos contextuales implícitos en los discursos de los participantes, y determinaron, además una relación de trabajo más ética y saludable. Esto coincide con lo propuesto por Mello e Souza (2005): “el vínculo entre la metodología, la práctica y la teoría es vital para este punto de vista que muestra un compromiso ético y político para priorizar la participación comunitaria y la producción de conocimiento comprometido con las demandas locales y transformación social” (pág. 65).

Otro resultado mostrado a través de la aplicación de los principios metodológicos propuestos, fue que se logró identificar los actores claves: referentes comunitarios e institucionales co-responsables, y se tomaron en conjunto las decisiones pertinentes para el establecimiento la gestión e implementación de la propuesta y permitió dar cuenta de la capacidad de organización de los referentes comunitarios e institucionales, y el alto grado de creatividad e involucramiento de los prestadores del servicio y de los supervisores tutores-docentes evidenciadas en sus aportaciones y sugerencias.

El trabajo de co-participación y co-elaboración generó varios productos técnicos para el trabajo psicológico: a) se determinó las etapas del proceso en: sesiones preliminares o de “psicodiagnóstico”, sesión de devolución, psicoterapia/acompañamiento psicológico, sesión de cierre. b) documentos de proceso: cartas de autorización para trabajo con niños, consentimiento informado, ficha de identificación-registro-seguimiento, para la primera entrevista, registro anecdótico de sesiones: para sesiones preliminares; y c) tiempos, encuadres y dinámicas de los procesos de la atención psicológica.

En relación al cuarto objetivo, la implementación de los principios metodológicos en la atención psicológica, en once espacios comunitarios, durante ocho meses de aplicación, permitió la atención de trescientos ochenta y un sujetos participantes, en un total de mil ciento veintiocho prestaciones o sesiones de trabajo psicológico individual brindadas. Cifras que coinciden y en algunos casos superan significativamente, en proporción al tempo de

aplicación de esta propuesta, con las alcanzadas en programas de atención psicológica, como los de España, por ejemplo, que han sido los más sistematizados, y que presentan promedios cercanas a trescientos procesos de atención anual: (Martorell & Carrasco, 2009), (Tejedo & López, 2009), (Pérez-Ibáñez & otros, 2015), y (Novoa & Ballesteros de Valderrama, 2006).

Un hallazgo interesante que se encontró durante este proceso fue que en relación con la edad se atendieron más adultos y niños (35,7% y 34,9%), encima pero no muy significativamente de los adolescentes recibidos (28,6 %), en comparación con el número de adultos mayores atendidos, el cual no superó el 0,8%. En referencia al género, no se halló una diferencia significativa en la atención psicológica comunitaria: se atendieron un 51,2 % de hombres y un 48,8% de mujeres.

El tipo de pedido más recibido fue el institucional, 53,3%, frente al 32,5% de pedidos voluntarios, y el 14,2% de pedidos provenientes desde el entorno familiar. Mientras, que se encontró que el principal origen de la demanda de atención psicológica provino del sector comunitario específicamente (43,8%), frente al ámbito educativo (37,8%), y el sector social en general (18,4%). Se visualiza el impacto de esta metodología, en el hecho de que la mayoría de las demandas provenían de la comunidad lo cual puede relacionarse directamente con el nivel de involucramiento propiciado a partir de la lógica de la co- elaboración y la co-participación.

En relación con las etapas del proceso alcanzadas en las prestaciones psicológicas, se encontró que la etapa de sesiones preliminares o psicodiagnóstico se cumplió en todos los casos, no así en relación con acompañamiento psicológico y psicoterapia, en las que se alcanzó apenas un 19,6% y 6,3% respectivamente. Esto puede revelar dos posibles explicaciones: por un lado, la comunidad con la que se trabajó tiene sus propios ritmos, y por lo tanto debió reducirse las sesiones preliminares de las tres propuestas a máximo dos; o se debió profundizar aún más en las habilidades de los prestadores del servicio psicológico para potenciar su capacidad de generar adherencia al tratamiento. Pero en definitiva es un aspecto que en la metodología implementada se observó la falta de mayor trabajo.

En relación al objetivo cuatro de esta investigación, mismo que buscaba evaluar por criterio de expertos implicados-afectados la Metodología de Atención Psicológica

Comunitaria, se encontró que esta propuesta de co-evaluación coincide con el ejercicio comunitario de Maritza Montero (2004), según el cual: “es necesario incorporar nuevos actores a la acción y a la reflexión, oír las voces de aquellos que viven los problemas y a quienes se destinan los programas sociales, o que son excluidos de ellos” (pág. 161). Esto a su vez se legitima en la idea de Van Dijk, (2000): El discurso tiene poder. Y en psicología esto es muy reconocido, puesto que: “Incluso se ha reportado que el sólo hecho de tener fe en algún tipo de tratamiento puede ser en sí eficaz a nivel terapéutico” (Rodríguez P. & otros, 2004, pág. 14).

Las entrevistas de co-evaluación aportaron sensiblemente a la valoración del proceso con percepciones muy clarificadoras y significativas. Se encontró que los participantes entienden esta metodología como una forma de trabajo basada en la apertura a la co-participación en la toma de decisiones sobre el proceso y sus tiempos evidenciado en los testimonios focalizados orales, en forma de reflexiones que realizaron los participantes en relación con la implementación metodológica, con respecto a su visión de la experiencia, y al significado o impactos vivenciados.

Dentro de esta forma de co-evaluación aplicada en este estudio, se hallaron coincidencias con Davies y Harré (1999) puesto que más que hablar de “discursos como manejo de significados, habría que hablar de prácticas discursivas”, concepto que alude a los modos como las personas producen realidades sociales y psicológicas de forma activa a través del habla. “Desde esta perspectiva, es necesario analizar las prácticas discursivas en las cuales las personas son posicionadas y la manera como la subjetividad de las mismas se genera a través su aprendizaje y uso” (Citado en Saucedo R., 2006, pág. 7)

El nivel de co-participación percibido fue que, aunque se reconoció la complejidad de trabajar con una demanda o petición de atención psicológica abierta, se dio un alto nivel de co-responsabilidad incluso entre prestador de servicio y el participante comunitario, dado que se tomó en consideración la opinión de los participantes, no sólo en la co-elaboración del proceso, sino hasta en los aspectos más sensibles del encuadre de trabajo, y la determinación conjunta de los aspectos del trabajo psicológico mismo.

Los hallazgos efectuados en la presente investigación tienen aún mayor valor metodológico, si se ajustan a la idea que de trabajo comunitario que tiene Maritza Montero (2010): “el ser reside en la relación” (pág. 92), y Paulo Freire (1964): “Nadie enseña a nadie; nadie aprende sólo” (pág. 85). Y además como señala la misma Montero: “es necesario señalar que no basta la actividad transformadora si ella no va acompañada de la reflexión crítica “ (2010, pág. 85).

Dentro de los resultados percibidos se encontró, como hechos del discurso de los participantes, que los procesos implementados aportaron cambios, que son connotados como “bienestar”, “tranquilidad” y “autorreflexión”. Además, implícitamente indicaron que las personas del entorno inmediato a los participantes percibieron mejoras en las problemáticas de aquellos. También en cuanto a los referentes comunitarios, la co-evaluación evidenció que el proceso de co-elaboración, co-participación, y co-responsabilidad reforzó en algún nivel la posición de co-gestor comunitario.

En relación con los impactos percibidos de la aplicación de la metodología, se halló que hubo señalamientos de diferencias entre el antes y el después de la aplicación de la propuesta, denotada como beneficiosa; Además, se connotó también, que la metodología llegó a ser aceptada y aprobada, no solo por los adultos, sino incluso por los niños y jóvenes que participaron como sujetos de la atención psicológica comunitaria.

Dentro de la co-evaluación, también se evidenciaron voces críticas y reflexivas que presentaron recomendaciones para futuras mejoras de la metodología, entre las que se resumen: la incorporación de más personas para ampliación de cobertura; la extensión de los tiempos de aplicación de la propuesta; la inclusión de dispositivos de trabajo grupal y familiar. Este hallazgo se amplifica en la relectura que hace Maritza Montero de Kurt Lewin, señalando que se “hace necesario someter a la propia psicología a un continuo escrutinio, a la vez que liberarla de tal modo que pueda enriquecerse teóricamente. No para que se dedique a “mirarse el ombligo”, sino porque como decía Lewin, nada es más práctico que una buena teoría” (Montero M. , 2010, pág. 86).

Del trabajo de análisis de contenido se obtuvo algunas coincidencias en el discurso de los co-evaluadores, los cuales incluso trascendieron la condición de distancia geográfica

puesto que se presentaron recurrencias que aludieron a: hablar y resolver problemas; ayudar a niños-personas; ir al psicólogo; el proyecto ayudó-aportó-contribuyó; mejorar los espacios de atención: trabajo difícil; trabajo con familias; trabajo e inclusión de la comunidad; más tiempo de trabajo; tranquilidad de las personas.

Estas expresiones dejaron ver la idea que se tiene sobre el objetivo genérico de la atención, y la funcionalidad técnica y pertinencia de los espacios de escucha abiertos a la comunidad. Aunque uno de los significantes más recurrentes es la palabra <<ayudar>>, por su sentido más asistencialista, éstas expresiones connotan también la percepción que tienen los participantes sobre la población que fue beneficiada.

Algunas de las expresiones connotaron el deseo subjetivo implícito y la voluntad de participar del servicio. Otras expresiones denotaron directamente la valoración que los participantes tuvieron de la metodología de atención psicológica, evidenciada en significantes como: *ayudó/aportó/contribuyó*. Esto permitió dar cuenta de la dinámica que fue tomando la co-participación en el proceso de implementación de la propuesta metodológica, en su proceso de inclusión de la comunidad, la cual se dio no sin dificultades sobre todo en los momentos de aproximación inicial. Algunas expresiones permitieron visibilizar recomendaciones explícitas de los participantes, que por un lado demandaron la continuidad del proyecto, y por otro sugirieron dos formas de trabajo que no fueron abordados en la propuesta metodológica: la familiar y la grupal.

### **3.7 Conclusiones**

Una vez presentado y discutidos los principales resultados y hallazgos, este estudio arrojó las siguientes conclusiones:

Con respecto al objetivo uno, los resultados obtenidos permitieron alcanzar el objetivo planteado, ya que se logró caracterizar la atención psicológica existente en el territorio, previo a la implementación de la propuesta, lo que permitió conocer la situación inicial de trabajo y generó la aproximación necesaria hacia la población; aunque este proceso presentó dificultades inherentes a la complejidad propia del trabajo con las comunidades (Sánchez, 1995), dichas dificultades fueron superadas en el trabajo co-responsable.

Desde estos hechos, otra conclusión a la que se arribó desde lo trabajado en esta investigación, es que no es conveniente partir del “ideal de comunidad” cuando se hace trabajo psicológico comunitario, puesto que la comunidad suele plantear retos que se contraponen a la verdad académica o hipotética, usualmente en contraposición con la verdad expresada en la práctica social como principal criterio de verdad (Ortiz T., 1988).

Con respecto al objetivo dos, el mismo se alcanzó, al fundamentar la metodología de atención psicológica comunitaria a través de una amplia revisión sistemática de la literatura, que permitió mediante la información recogida y organizada conceptualizar los principios, axiomas, enfoques y experiencias y conocer además el estado actual de la temática tanto a nivel local como en el orbe. Esto dejó ver que se hacen necesarios aún, muchos esfuerzos para acercar a los investigadores y a la investigación científica hacia la *intervención social*, que con frecuencia se presentan como dos mundos separados. (Maya J., 2012).

Con respecto al objetivo tres, se concluye que dicho objetivo se alcanzó, pues fue posible plantear los principios metodológicos de co-responsabilidad, co-participación, co-elaboración y co-evaluación, que condujeron la aplicación de la propuesta de atención psicológica, y tributaron un significativo número de prestaciones y procesos de atención psicológica, en un marco de trabajo con marcado involucramiento de todos los actores comunitarios e institucionales implicados en el trabajo conjunto, convergente frente a la tarea como el reto más importante de la psicología actual (Montero M. , 2011).

También, en relación con el objetivo tres, se concluye que es muy difícil trabajar con la variedad de demandas o pedidos que confluyen en el trabajo comunitario y que hay que cuidar mucho, en ese orden, las actividades que se realicen, puesto que hay que tratar de no modificar creencias, prácticas, y formas de organización o lugares de encuentro que cumplan una función fundamental para la comunidad (Montero M. , 2011).

En relación al objetivo cuatro, durante la implementación de la metodología de atención psicológica comunitaria, otra conclusión a la que se arribó es que, aunque es metodológicamente y administrativamente deseable crear guías, estrategias, técnicas o



métodos para el trabajo comunitario, dicha práctica se inscribe en la lógica de crear una receta, es decir, caer en el estructuralismo, y por lo tanto una imposición externa.

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que no existen "recetas" en el trabajo psicológico comunitario, no hay procedimientos sencillos, análogos y expeditos para enfrentar problemas complejos, diversos y arraigados (Sánchez V., 1995). Que con frecuencia los métodos y técnicas replicadas de programa en programa dan la mágica y falsa percepción de seguridad y certeza, que deja de lado el necesario proceso de análisis, vía ensayo-error-aprendizaje que implica la experiencia de la subjetividad e intersubjetividad de cada comunidad.

Con respecto al objetivo cinco, se concluye que se pudo evaluar por criterio de expertos implicados-afectados la Metodología de Atención Psicológica Comunitaria, a través del principio de co-evaluación, propuesto en este estudio, pues el mismo permitió valorar los impactos, resultados y dificultades, del proceso, que fueron señalados como beneficiosos, en las percepciones que los participantes co-evaluadores transmitieron, desde su lugar co-responsable, y cuyo impacto decidor está en el reconocimiento del pensamiento del otro, y en el impacto percibido a mediano y largo plazo, más allá de las prisas políticas y sociales sobre las evaluaciones de los programas y proyectos (Montero M. , 2011), (Sánchez y Morales, 2002).

En relación a este objetivo, también se concluye que el trabajo comunitario requiere de un especial nivel de involucramiento del investigador en el fenómeno o realidad investigada, que su presencia en el proceso, dada la naturaleza del enfoque cualitativo, no es ni inocua, ni pura, pero sí puede ser fecunda puesto que se está haciendo práctica y ciertas contribuciones teóricas, metodológicas o epistemológicas (Montero M. , 2011) insertas en la dinámica del cambio (Ortiz T., 1988).

Una vez declarada la presunción válida de haber alcanzado los objetivos específicos de esta investigación, se está en posición entonces de concluir que se logró, con este ejercicio de trabajo psicológico comunitario, contribuir a la atención psicológica en el distrito 13D11 de la zona 4, en Ecuador, ya no necesariamente desde la eliminación o erradicación de las dificultades, en la forma de paliativos como proponen algunos enfoques biomédicos, sino,

desde la construcción de la ciudadanía y la asunción de la responsabilidad subjetiva e intersubjetiva (Renders 2011), para que todos tengan voz y acción en la misma totalidad *ana-dialéctica* (Montero M. , 2011).

### 3.8 Recomendaciones

Ya que las siguientes son recomendaciones que han surgido de este trabajo, el investigador se permite sugerir:

- Que, para fines de que se extienda el universo metodológico en psicología clínica de diseño comunitario, se consideren los principios metodológicos presentados como un punto de partida para explorar otros contextos, puesto que se precisa de una renovación de los contenidos, metodologías, experiencias y transmisión del conocimiento, basados en la comunidad y en los diversos sectores sociales (Vidal & Rivera, 2007), trascendiendo en esa exploración trascender la lógica de la replicación imperante en la ciencia actual, para pasar a la lógica de la *re-aplicación* (Egas & Salao, 2011), esto es: la no repetición de formatos y métodos pre-establecidos, sino la construcción conjunta de estrategias de resolución a las nuevas problemáticas abordadas.
- Que, para efectos de profundizar en las temáticas relacionadas a la psicología comunitaria, se continúe investigando, publicando y devolviendo la información a las comunidades, labor que implica hacer ciencia, y no sólo consumirla (Murillo, 2012), para que este tipo de estudios sigan provocando reflexiones, frente a los nuevos y cambiantes escenarios económico-políticos y el rol como psicólogos en el trabajo con comunidades (Saforcada, 2011).
- Que, la comunidad actual de psicólogos clínicos del distrito 13D11, que participaron como psicólogos pre-grado prestadores del servicio de atención psicológica comunitaria, continúen con esta labor puesto que hay mucho aún por hacer y que se sumen las aportaciones de la academia y la sociedad en general, (Bernaldo-de-Quirós, et al, 2014)

### 3.9 Bibliografía

- Alvarez P., M., & Fernández H., J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. (U. d. Oviedo, Ed.) *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Alvarez, D., & González, Y. (2014). Presupuesto participativo, liderazgo comunitario y participación comunitaria, ejes articuladores para el desarrollo social: revisión documental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*,, 99-121.
- Amar, J., Abello Ll, R., & Acosta, C. (2003). Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. (U. d. Norte, Ed.) *Psicología desde el Caribe*(11), 107-121.
- Ander-Egg, E. (1990 ). *Repensando la Investigación-Acción-Participativa: comentarios, críticas y sugerencias*. México: El Ateneo.
- Andrade-Salazar, J. A. (2012). Psicología comunitaria y clínica-social, acercamientos desde un escenario de complejidad. (GEPU, Ed.) *Revista de Psicología*, 3(2), 158-175.
- Argüello G., C. (2007). Abordaje psicosocial con personas adultas mayores desde la experiencia de la brigada de atención psicológica en situaciones de emergencias y desastres. (U. d. Rica, Ed.) *Wimblu, Revista electrónica de estudiantes Escuela de Psicología*, 2(1), 9-20.
- Balcázar, F. E. (2003). La investigación-acción participativa en psicología comunitaria. Principios y retos. *Apuntes de Psicología*, 21(3), 419-435.
- Baldivieso, D. (2010). Abriendo el paquete envuelto. Investigación acción sobre derechos sexuales y reproductivos en El Alto. *T'inkazos. Revista Boliviana de Ciencias Sociales*,, 12 (28), 99-107.
- Banda C., A. L., & Morales Z., M. A. (2015). Empoderamiento psicológico: un modelo sistémico con componentes individuales y comunitarios. (U. d. Sonora, Ed.) *Revista de Psicología*, 33(1), 3-20.
- Bedoya H., M., Builes C., M. V., & Schnitter C., M. (2012). Conversación dialógica en la clínica de lo psíquico. *Iatreia*, 25(2), 127-136.
- Bell, J. (2002). ¿Cómo hacer tu primer trabajo de investigación? En J. Bell, *¿Cómo hacer tu primer trabajo de investigación?* (pág. 245). Barcelona: Gedisa.
- Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F., Piccini, A. T., Gómez, M., & Cerdeira, J. (2014). Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clínica y Salud*(25), 11-18.
- Berroeta, H., Wiesenfeld, E., López, & Verónica. (2014). Psicología Comunitaria hoy: Del pensar al hacer en sociedades compleja . *Psicoperspectivas*, 13(2), 1-5.

- Bilbao R., R. (2014). Transformaciones sociales y subjetividad: Del malestar de la restricción hacia el mal-estar del exceso. (U. A. Bello, Ed.) *Summa Psicológica*, 11(1), 7-18. doi:10.18774/summa-vol11.num 1-159
- Bleger, J. (1999). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Botella, C., Baños, R. M., García-Palacios, A., & Quero, S. (2009). El servicio de asistencia psicológica de la Universitat Jaume I. *Acción Psicológica*, 6(1), 87-96.
- Canales, M. (2007). El Enfoque Comunitario. El Desafío de Incorporar a la Comunidad en las Intervenciones Sociales de Víctor Martínez. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 251-253.
- Carballeda, A. (2002). *La Intervención en Lo Social*. Buenos Aires: Paidós.
- Castro, X. (2016). Psicoanálisis y ciencia: puntuaciones sobre una relación necesaria, aunque imposible. (U. d. Departamento de Psicoanálisis, Ed.) *Affectio Societatis*, 13(24), 26-45.
- Colmenares, A. M. (2008). Evaluación de los aprendizajes desde la investigación-acción. *Multiciencias*, 8(1), 56 - 61. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90480107>
- Conde, F. (1987). Un ensayo de articulación de las perspectivas cuantitativa y cualitativa en la investigación social. *Reis*, 51(90), 91-107.
- Cordero, T. (2006). Trabajo con Comunidades y Grupos: Dominación y resistencia. Procesos que nos llevan a plantear tareas permanentes y cotidianas. *Athenea Digital*(9), 1-9. doi:<http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n9.270>
- Cueto, R., Seminario, E., & Balbuena, A. (2015). Significados de la organización y participación comunitaria en comunidades vulnerables de Lima Metropolitana. (P. U. Perú, Ed.) *Revista de Psicología*, 33(1), 58-86.
- Derrida, J. (1971). *De la gramatología*. (O. Del Barco y C. Ceretti, Trad.) Buenos Aires: Siglo XXI.
- Egas, V., & Salao, E. (Diciembre de 2011). Trabajo comunitario desde una perspectiva psicoanalítica. Un acompañamiento en la construcción grupal de saberes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2), 899-911. Recuperado el 12 de mayo de 2015, de [Recuperado de http://redalyc.org/articulo.oa?id=77321592027](http://redalyc.org/articulo.oa?id=77321592027)
- Espasa. (2001). *Gran Diccionario: Español-Portugues/Portugues-Español*. Madrid: S.L.U. ESPASA.
- Fabelo R., J., Rojas S., G., & Iglesias, S. (2015). Guías de buenas prácticas para la atención psicológica y social al paciente con epilepsia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(2), 357-368. Obtenido de <http://scielo.sld.cu>
- Fabelo R., J., Rojas S., G., & Iglesias, S. (2015). Guías de buenas prácticas para la atención psicológica y social al paciente con epilepsia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(2), 357-368.

- Fals Borda, O. (1985). *Conocimiento y poder popular. Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Bogotá*. Bogotá: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1982). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- França-Tarragó, O. (2008). *Ética para psicólogos. Introducción a la Psicoética*. España: Desclée De Brouwer.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Tierra Nueva.
- Freire, P. (1971). *La educación como práctica de la libertad*. Montevideo: Tierra Nueva.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo, en Más allá del principio de placer Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras* (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu.
- Galán, A., Blanco, A., & Pérez San Gregorio, M. Á. (2000). Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. (U. d. Sevilla, Ed.) *Anales de psicología*, 16(2), 157-166.
- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit.
- Galeano, M. (2012). *Estrategias de investigación social cualitativa*. Medellín: La Carreta.
- Galeano, M., & Vélez, O. (2000). *Estado del arte sobre fuentes documentales en investigación cualitativa*. (U. d. Humanas, Ed.) Medellín: Universidad de Antioquia.
- Ghiso C., A. (2013). Investigación social comunitaria en contextos conflictivos. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 121-134.
- Gómez G., M. L. (2010). Estudio descriptivo sobre las prácticas de atención psicológica en pacientes con psicosis tratados en instituciones de salud mental de bogotá. (U. C. Colombia, Ed.) *Acta Colombiana De Psicología*, 13(1), 43-53.
- Granado A., C. (1996). Evaluación de proyectos de formación centrada en la escuela. En G. Rodríguez, J. Gil, & E. García, *Metodología de la investigación cualitativa* (pág. 378). Cuba: La Red.
- Grimaldo M., M., Mori Sánchez, M., & Morales C., M. (2007). Sistematizando una experiencia de trabajo: prácticas pre profesionales en psicología comunitaria. (U. d. Porres, Ed.) *Liberabit*(13), 29-36.
- Heller, K., & Monahan, J. (1977). *Psychology and Community Change*, Homewood, Dorsey Press. Hernández, E. (1994); Teoría. En M. (. Montero, *Psicología social comunitaria. teoría, método y experiencia* (págs. 211-238). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación, Quinta edición*. México.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Jiménez, J., Castro, E., & Angélic, L. E. (2013 ). Comunidad y academia: Construyendo una intervención para reducir el estigma sentido en personas con VIH. (A. d. Rico, Ed.) *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24.
- Jiménez, J., Castro, E., Santiago, L., Montalvo, A., & Toro, M. (2013). Comunidad y academia: Construyendo una intervención para reducir el estigma sentido en personas con VIH. (A. d. Rico, Ed.) *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 13, 1-17.
- Juárez, M. P. (2014). De pacientes a consultantes. Designaciones para la autogestión en la atención primaria y la salud comunitaria. *Psiencia. Revista Latinoamericana de ciencia psicológica*, 6(1), 11-26. doi:10.5872/psiencia/6.1.22
- Kitchenham, B. (Julio de 2004). Procedures for Performing Systematic Reviews. *Keele University Technical Report TR/SE-0401*, 29. Obtenido de <http://www.inf.ufsc.br/~aldo.vw/kitchenham.pdf>
- Labrador, F., Estupiñá, F. J., & García V., M. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. (U. C. Madrid, Ed.) *Psicothema*, 22 (4), 619-626. Obtenido de [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Labrador, F., GarcíaFernández, G., Bernaldo-de-Quirós, M., Gómez, R., Méndez, C., & Fernández-Arias, I. (2015). Organización vital de una muestra clínica que demanda atención psicológica. (U. C. Madrid, Ed.) *Universitas Psychologica*, 381-392. doi:10.11144/Javeriana.upsy14-1.ovmc
- Lacan, J. (1964a/2007). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1967/2007). *Lugar, origen y fin de mi enseñanza*. Buenos Aires, : Paidós.
- Lacan, J. (1987). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. (J.-A. Miller, Ed., & J. Sucre, Trad.) Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2002/1966a). La ciencia y la verdad . En J. Lacan, *Escritos 2* (págs. 834-856). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2002/1966b). Lacan, Jacques. En D. s. cuestionado, *Escritos 2* (págs. 219-226). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Landeta, J. (1999). *El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre*. España: Ariel.
- Lapalma, A. (2001). El escenario de la intervención comunitaria . *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(2), 61-70. doi:DOI: 10.5354/0719-0581.2001.18573
- Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. *Human Relations*, 1(2), 34-46.
- Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems Traducción de María Cristina Salazar,. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34-46.

- Lima, D. M. (2012). Fóruns Comunitários: uma estratégia de construção participativa do desenvolvimento local. *Psicologia Política*, 11(22), 59-70.
- López, R., & Deslauriers, J. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*(61), 1-19. Recuperado el 23 de agosto de 2016, de <http://trabajosocialmazatlan.com/multimedia/files/InvestigacionPosgrado/Entrevista.pdf>
- Martí N., J. J., Martí-Vilar, M., & Almerich, G. (2014 b). Responsabilidad social universitaria: influencia de valores y empatía en la autoatribución de comportamientos socialmente responsables. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 160-168.
- Martí N., J., Martí V., M., Vargas V., Ó. H., & Moncayo Q., J. E. (2014). Reflexión sobre los discursos en educación superior, una mirada desde la psicología social crítica. *Revista de la Educación Superior*, 18(4), 33-35.
- Martín-Baró, I. (1985). El papel del psicólogo en el contexto centroamericano. *Boletín de Psicología*(17), 99-112. Recuperado el 5 de abril de 2015, de [www](http://www.uca.edu.sv/deptos/psicolog/hacia.htm)
- Martín-Baró, I. (1986). Hacia una psicología de la liberación: El aporte social de la Psicología en Latinoamérica. (U. Editores, Ed.) *UCA Boletín de Psicología*(22), 219-231. Recuperado el 20 de Marzo de 2015, de <http://www.uca.edu.sv/deptos/psicolog/hacia.htm>
- Martinez G, A. (marzo de 2014). Cambiar metáforas en la psicología social de la acción pública: de intervenir a involucrarse. *Athenea Digital*, 14(1), 3-28. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v14n1.793>
- Martínez M., S. (2007). Anobium: La carcoma política en la casa de muñecas. (A. I. Red, Ed.) *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 2(2), 323-364. Obtenido de [www.aibr.org](http://www.aibr.org)
- Martínez Piñeiro, E. (30 de Octubre de 2003). La técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. (F. d. Educación, Ed.) *Revista de Investigación Educativa*, 21(2), 449-463. Recuperado el 20 de Diciembre de 2016
- Martorell, J., & Carrasco, M. (2009). La atención psicológica desde la universidad nacional de educación a distancia (UNED): el servicio de psicología aplicada (SPA). (UNED, Ed.) *Acción Psicológica*, 6(1), 135-143.
- Maya J., I. (2012). De la ciencia a la práctica en la intervención comunitaria. La transferencia del conocimiento científico a la actuación profesional. *Apuntes de Psicología*, 30(3), 533-545.
- Maya Jariego, I. (2012). De la ciencia a la práctica en la intervención comunitaria. La transferencia del conocimiento científico a la actuación profesional. *Apuntes de Psicología*, 30, 533-545.

- Mayorga, C. (2014). Algumas contribuições do feminismo à psicologia social comunitária. *Athenea Digital*, 14(1), 221-236. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v14n1.1089>
- Mello e Souza, C. d. (2005). Participação comunitária e educação para a saúde: uma proposta metodológica de ensino, pesquisa e extensão. (U. F. Janeiro, Ed.) *Psico*, 36(1), 65-72.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria : la tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2010). Crítica, autocrítica y construcción de teoría en la psicología social latinoamericana . *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 177-191. . Recuperado el 13 de Octubre de 2016, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-54692010000200003&lng=pt&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692010000200003&lng=pt&tlng=es).
- Montero, M. (2010). De la ética del individualismo a la ética de la otredad: La noción de Otro y la liberación de la psicología. *Postconvencionales*(1), 83-97.
- 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. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282010000200006>
- Montero, M. (2011). Nuevas Perspectivas en psicología comunitaria y psicología social crítica. *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 61-68. Recuperado el 2015, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212011000100006&lng=pt&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212011000100006&lng=pt&tlng=es)
- Moral J., M. d. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*(94), 85-104.
- Morales, F. C. (2015). La psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiencia-Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 7(1), 120-123. doi:doi: 10.5872/psiencia/7.1.0114
- Moreno, E., & Moriana, J. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*(35), 315-328.
- Murillo, M. (2012). La investigación en psicoanálisis y las versiones de la ciencia. *Anuario de investigaciones*, 19(2), 131-139. Recuperado el 26 de Febrero de 2016, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-1686201200020001](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-1686201200020001)
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L., & Montenegro, M. (2004). REn (Eds.), Introducción a la Psicología Comunitaria. En G. Musitu, & S. Buelga, *Desarrollo Comunitario y*



*Potenciación*. (págs. 167-195). Barcelona: UOC. Obtenido de ResearchGate <https://www.researchgate.net/publication/268303576>

- Mustaca, A. E. (Enero de 2011). Evaluación Objetiva de los Tratamientos Psicológicos: Modelos Basados en la Ciencia. (I. d. Médicas, Ed.) *Revista colombiana de psicología*, 20(1), 99-106.
- Natera R., G., Callejas, F., Barker, S., Little, T., & Medina, P. (2012). «Pa' qué sirvo yo, mejor me muerdo»: Hacia la construcción de la percepción de sintomatología depresiva en una comunidad indígena. *Salud Mental*, 35, 63-70.
- Navarro D., /., Peiró, J., & Luque, O. (1989). El rol del psicólogo en los equipos de atención primaria de servicios sociales: las actividades que lo conforman. *Papeles del Psicólogo*(41-42).
- Novoa, M., & Ballesteros de Valderrama, B. P. (2006). The role of the psychologist in an intensive care unit. (C. Pontificia Universidad Javeriana, Ed.) *Universitas Psychologica*, 5 (3), 599-612.
- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
- OMS. (2001). *Políticas y prestación de servicios de salud mental*. Salud Mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 24 de Septiembre de 2016, de [http://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/en/whr01\\_fact\\_sheet2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet2_es.pdf?ua=1)
- Orozco H., M. (2008). Contribuciones de la Psicología a los Problemas de la Niñez en Colombia. (C. C. Universidad del Valle, Ed.) *Revista Interamericana de Psicología*, 42(3), 487-498.
- Ortiz T., B. (1988). Psicología Comunitaria: ¿por qué no cerramos la brecha entre la teoría y la práctica? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 5(1), 65-70.
- Pallí, C. (2003). Communities in Context: Undefined, Multiplicity and Cultural Difference. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 309-326.
- Pastor S., J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271-290.
- Peñaloza, A., & Osorio, M. (2012). Elaboración de instrumentos de investigación. *Taller de Investigación* (págs. 1-36). Caracas: Departamento de Investigación del CUAM.
- Pereira Alves, C., Andrade Machado, C., Bento Gastaud, M., & Tiellet Nunes, M. L. (2013). Crianças atendidas por problemas de aprendizagem em psicoterapia psicanalítica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(2), 432-442.
- Perez O., L., & Zamora, M. H. (2013). A psicologia comunitária e a conquista das políticas públicas. *Emancipação*, 13(1), 117-129. doi:Doi: 10.5212/Emancipacao.v.13i1.0008
- Pérez, M. Á., & Fernández, J. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. (U. d. Oviedo, Ed.) *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.

- Pérez-Ibáñez, O., & otros, y. (2015). Programa de soporte a la primaria: Un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (126), 257-266. doi:10.4321/S0211-57352015000200002
- Pichon-Rivière, E. (1999). *El proceso grupal: Del Psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pimentel, D., Morales, F., Sánchez, C., & Meza, P. (2013). Intervención psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27(2), 98-105.
- Puga R., I. (2012). Teatro del Oprimido: dispositivo crítico para la Psicología Social Comunitaria. *Sociedad & Equidad*(3), 195-210.
- Rappaport, J. (1977). *Community Psychology (Values, Research and Action)*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española (22.a ed.)*. Madrid: Real Academia Española. Obtenido de <http://www.rae.es>
- Rebolledo, D., Materano, J., Arteaga, M., Zambrano, N., & Rodríguez, V. (2012). Planificación estratégica y servicio comunitario: experiencia de vinculación universidad-comunidad. *Salud, Arte y Cuidado*(5), 18-30.
- Represa, F. (15 de Enero de 2015). Metodologías de Investigación. *Comunicación personal*. Manta, Manabí, Ecuador.
- Rivera S., C. (2013). Una colonización doble vinculante: Una reflexión política, legal y crítica. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24, 1-9. Obtenido de [http://pepsic.bvsa.lud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=](http://pepsic.bvsa.lud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=)
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. Recuperado el 14 de Febrero de 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592011000300004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004)
- Rodríguez P., M., & otros, y. (2004). Programa de atención grupal en el servicio de atención psicológica. (U. N. Colombia, Ed.) *Revista Colombiana de Psicología*(13), 33-36.
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Cuba: La Red.
- Rodríguez, J. (2009). *Salud mental en la comunidad, Segunda Edición*. Washington DC: OPS-Organización Panamericana de la Salud.
- Rueda, J. M. (1991). El psicólogo en los servicios sociales comunitarios (de base o primarios) descripciones para un "rol". *Papeles del Psicólogo*(50), 1-18.
- Ruiz Olabuénaga, J. (1996). *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

- Saforcada, E. (2011). Psicología comunitaria y política: en busca de lucidez. *Psiencia. Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*, 3(2), 118-134. doi:10.5872/psiencia/3.2.73
- Salazar, M. C. (1990). La investigación-acción y los problemas de las minorías. En M. C. Salazar, *La Investigación-acción participativa* (M. C. Salazar, Trad., págs. 15-26). España: Popular.
- Salgado Ballesteros, J. A., Sardinero Sac, F., & Gallego Gallardo, E. (2011). Servicios Municipales de Atención Comunitaria Psicológica y Educativa: Una Experiencia de Atención Comunitaria Psicológica y Educativa y Perspectivas de Futuro. *Psicología Educativa*, 17, 57-63. doi:10.5093/ed2011v17n1a5
- Sánchez V., A. (1995). Potencial y límites de la Intervención psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 4(10), 5-15.
- Sánchez V., A., & Morales, J. F. (2002). Acción psicológica e intervención psicosocial. *Acción Psicológica*(1), 11-24.
- Sánchez, A. (2013). ¿Es posible el empoderamiento en tiempos de crisis? Repensando el desarrollo humano en el nuevo siglo. *Universitas Psychologica*, 12(1), 285-300.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Saucedo R., C. (2006). Obstáculos para la implementación de un programa de atención psicológica con estudiantes de escuelas secundarias. (C. Centro de estudios avanzados de niñez y juventud, Ed.) *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(1), 1-20.
- Saúl, L. Á., López-González, M. D., & Bermejo, B. G. (2009). Revisión de los servicios de atención psicológica y psicopedagógica en las universidades españolas. *Acción Psicológica*, 6(1), 17-40.
- Saúl, L. Á., López-González, M., & Bermejo, B. G. (2009). La orientación educativa en las universidades españolas: de la orientación laboral y vocacional a la atención psicológica. *Acción Psicológica*, 6(1), 7-15.
- Sawaia, B. (1998). "Psicología comunitaria: un área paradigmática de conocimiento científico comprometido". En M. G. (coord.), *Psicología comunitaria: Fundamentos y aplicaciones* (págs. 173-192.). Madrid: Visor.
- Seiji Aragaki, S., Spink, M. J., & Souza Bernardes, J. d. (2012). La Psicología de la Salud en Brasil: transformaciones de las prácticas psicológicas en el contexto de las políticas públicas en el área de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 65-82.
- SENPLADES, S. N. (2012.). "Registro Oficial de Zonas y Circuitos". Recuperado el 16 de Mayo de 2014, de [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/REGISTRO-OFICIAL\\_DISTritos-Y-CIRCUITOS.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/REGISTRO-OFICIAL_DISTritos-Y-CIRCUITOS.pdf)
- Serrano-García, I. (2010). Retos en la formación del psicólogo/a comunitario/a en las Américas. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 225-234. Recuperado el 8 de Agosto de

2014, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212010000200006&lng=pt&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212010000200006&lng=pt&tlng=es)

- Serrano-Garcia, I., & Vargas Molina, R. (1993). La psicología comunitaria en América latina: estado actual, controversias y nuevos derroteros. (U. d. Rico, Ed.) *Papeles del Psicólogo*(55), 1-6.
- Smith C., V. (2006). La psicología social de las relaciones intergrupales: modelos e hipótesis. *Actualidades en Psicología*(20), 45-71.
- Socarrás S., M., Bolet, M., & Lara R., R. (2010). Vínculo universidad-sociedad a través de la percepción de médicos y pacientes diabéticos sobre su enfermedad. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 290-299.
- Staliano, P., Araujo, T., & Coêlho, A. (2009). Prácticas emergentes em psicología: atuação com agentes comunitários de saúde. (U. d. Brasília, Ed.) *Psico*, 40(4), 473-477.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-11. doi:10.1007/BF00988593
- Suárez P., M. (2002). Algunas reflexiones sobre la investigación-acción colaboradora en la educación. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 1(1), 40-56.
- Summerfield, D., & Veale, D. (2008). Proposals for massive expansion of psychological therapies would be counterproductive across society. *The British Journal of Psychiatry*, 192(5), 326-330. doi:10.1192/bjp.bp.107.046961
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1992). "La presentación de los hallazgos". En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (págs. 100-132.). Barcelona: Paidós.
- Tejedo, A., & López, C. (2009). Presentación y descripción de la unidad de psicología del servei assistencial de salut de la UAB. (U. A. Barcelona, Ed.) *Acción Psicológica*, 6(1), 97-105.
- Tizio, H. (2001). *Reinventar el vínculo educativo: aportes de la Pedagogía Social y del Psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa.
- Valencia, F., García H., J., Gimeno, A., Pérez Z., A., & De la Viuda S., M. (2014). Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, 34(124), 741-752. doi:10.4321/S0211-57352014000400007
- Van Dijk, T. A. (2000). *El discurso como interacción social. Estudios sobre el discurso II: Una introducción multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa/.
- Vega R., I., & Sánchez, A. (2010). Desarrollo de la psicología social en Costa Rica. *Revista Reflexiones*, 89(2), 75-84.
- Vidal Ledo, M., & Rivera Michelena, N. (2007). Investigación-acción. *Educ Med Super*, 21(4), 1-15. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016, de [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21\\_4\\_07/ems12407.html](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_4_07/ems12407.html)

- Wiesenfeld, E. (2014). La Psicología Social Comunitaria en América Latina: ¿Consolidación o crisis? (U. C. Venezuela, Ed.) *Psicoperspectivas*, 13(2), 6-18.
- Winkler, M., Alvear, K., Olivares, B., & Pasmanik, D. (2014). Psicología Comunitaria hoy: Orientaciones éticas para la acción. *Psicoperspectivas*, 14(2), 44-54.  
doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVASVOL13-ISSUE2-FULLT
- Winnicott, D. W. (1998). Acerca de los niños. En D. Winnicott, *Hacia un estudio objetivo de la naturaleza humana (1945)* (L. Wolfson, Trad., pág. 420). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

## ANEXOS

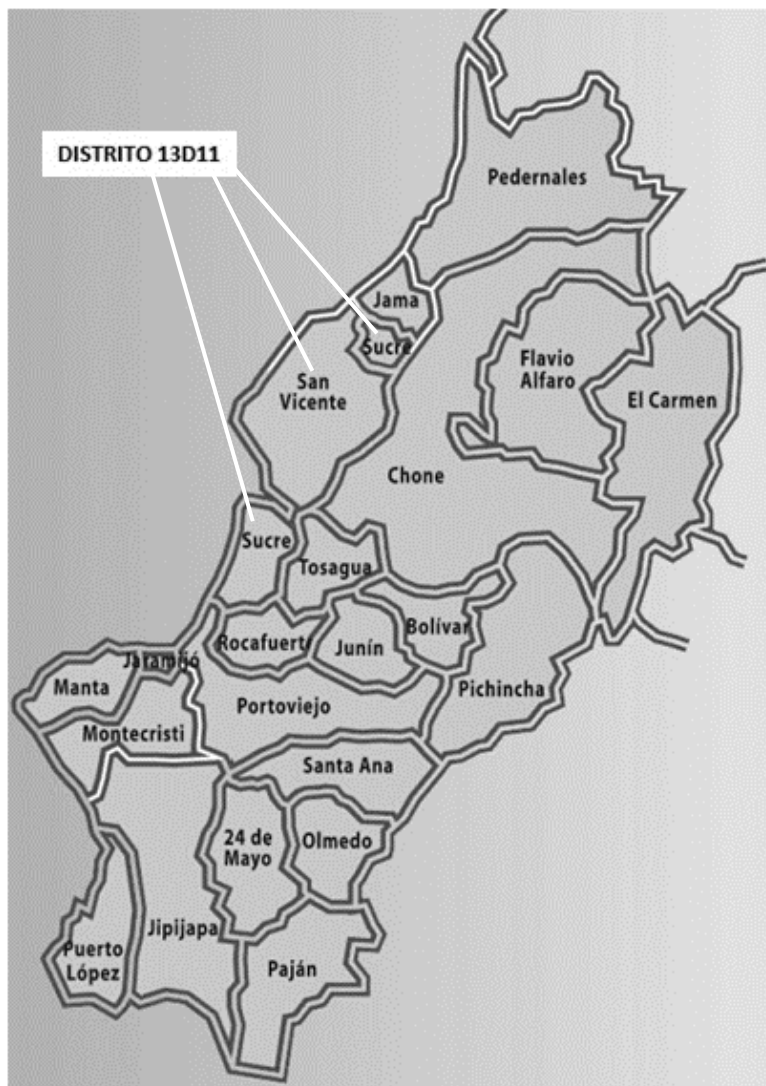
### ANEXO A:

#### Datos poblacionales del distrito 13D11

CANTÓN	POBLACIÓN TOTAL	HOMBRES	MUJERES	Edad promedio
Sucre	57.159	28.942	28.217	29
San	22.025	11.264	10.761	28
<b>Totales</b>	<b>79.184</b>	<b>40.206</b>	<b>38.978</b>	<b>--</b>

Fuente: INEC, 2010

### ANEXO B:



Ubicación del distrito 13D11 en el territorio de Manabí

*ANEXO C:*

*Encuesta sobre servicios de atención psicológica en el distrito 13d11*

<b>ENCUESTA SOBRE SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>				
Proyecto:				
Lugar:			Fecha:	
Investigador:				
1.- Nombre de la Institución:				
2.- Dirección:				
3.- ¿Existe algún servicio de atención psicológica?: <i>(si la respuesta es NO, ir a pregunta 8)</i>			SI	NO
4.- ¿Con cuántos profesionales para atención psicológica cuenta?:				
5.- ¿En qué horarios brindan atención psicológica?:	MATUTINO	VESPERTINO	TODO EL DIA	OTRO:
6.- ¿A cuántas personas, que requieren atención psicológica, atienden mensual o anualmente?:				
7.- ¿Cuentan con consultorio/s específicos para la atención psicológica?			SI	NO
8.- ¿Le parece necesario implementar un servicio de atención psicológica?			SI	NO
OBSERVACIONES:				

*ANEXO D:*

*Entrevista semiestructurada a psicólogos que trabajan en el distrito 13d11*

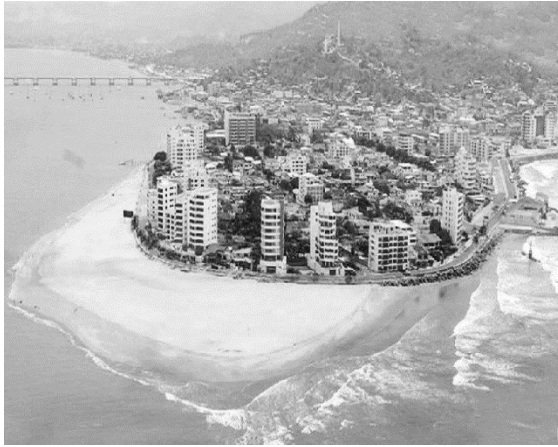
<b>ENTREVISTAS A PSICÓLOGOS EN CONSULTA</b>
<b>Nombre del profesional:</b>
<b>Institución en la que labora:</b>
1.- ¿Existe mucha demanda de atención psicológica en esta institución?
2.- ¿Cuántas personas atiende Ud. como profesional de psicología, diariamente?
3.- ¿Cuáles son las demandas/problemas más frecuentes que recibe Ud.?
4.- ¿Hay suficientes espacios de atención psicológica para atender la demanda comunitaria?
5.- ¿Algún comentario?:

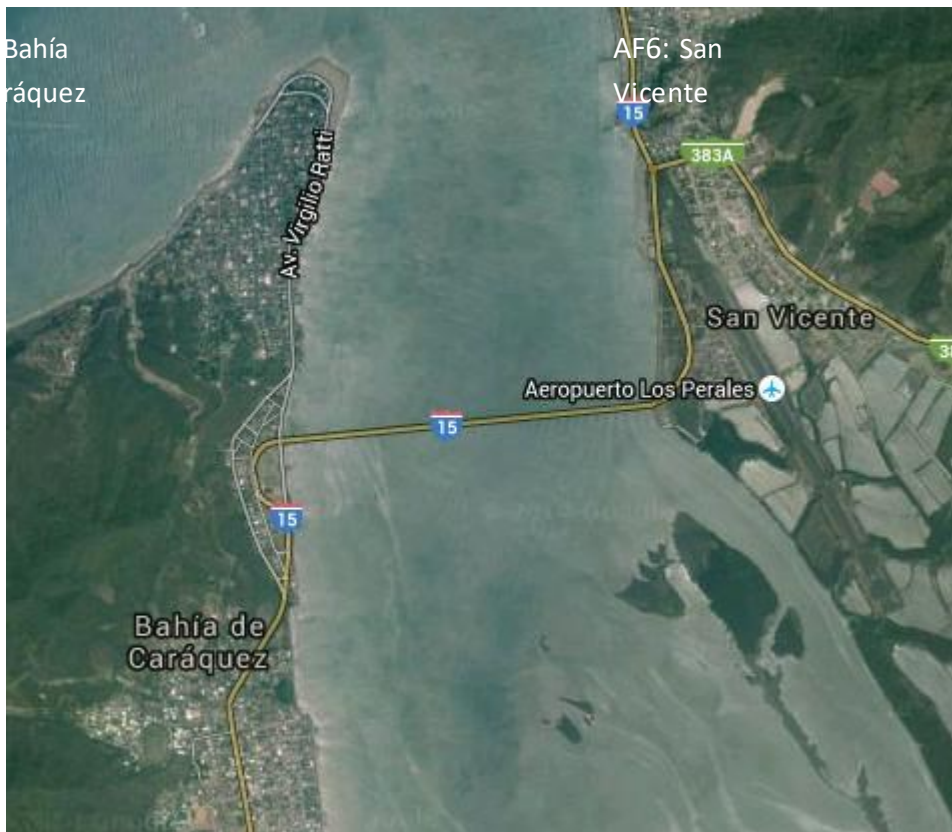
*ANEXO E:*  
*Guía de observación, para visitas técnicas a comunidad e instituciones*

GUÍA DE OBSERVACIÓN N°		
Proyecto:		
Lugar:		Tipo de observación:
Participantes:		
Actividad:		
CRITERIO	SITUACIÓN OBSERVADA:	
Apertura del referente comunitario/ Representante institucional.		
Dinámicas comunitarias/ institucionales.		
Espacios potenciales para la atención psicológica.		
Posibilidad de Gestión de materiales técnicos y lúdicos.		
Existencia/gestión de Equipamiento y mobiliario.		
Accesibilidad, Comodidad y percepción de bienestar.		
Rutas de transporte y movilización.		
Comentarios:		
Palabras claves:		Firma:



*ANEXO F:  
Mapas del territorio del distrito 13D11*





*ANEXO G:*  
*Notas de campo para registros textuales*

NOTA DE CAMPO #		
FECHA:		ACTIVIDAD:
LUGAR:		
INVESTIGADOR:		
HORA	REGISTRO/SITUACIÓN	COMENTARIO

*ANEXO H:*  
*Registros anecdóticos reuniones de trabajo con co-responsables comunitarios e institucionales*

REGISTRO ANECDÓTICO DE REUNIONES			
LUGAR:		FECHA:	
ACTIVIDAD:			
PARTICIPANTES: _____			
_____			
_____			
SITUACIÓN PLANTEADA	DESCRIPCIÓN DE LO OBSERVADO	ACUERDOS/ DESACUERDOS Y CONSENSOS ALCANZADOS	INTERPRETACIÓN DE LO OBSERVADO
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
HORA DE INICIO:		HORA DE FINAL:	
TEMAS PENDIENTES:			

*ANEXO I:*

*Registros anecdóticos de atención psicológica*

**ATENCIÓN PSICOLÓGICA COMUNITARIA: FICHA DE IDENTIFICACIÓN – REGISTRO – SEGUIMIENTO**

<b>Nº de Caso:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Nombres:</b>			
<b>Apellidos:</b>			
<b>Fecha de Nacimiento:</b>		<b>Edad:</b>	
<b>Lugar de Nacimiento:</b>			
<b>Dirección Domiciliaria:</b>		<b>Teléfono:</b>	
<b>Escuela y Grado de Escolaridad:</b>			
<b>Nombre de Papá:</b>		<b>Edad:</b>	
<b>Ocupación:</b>			
<b>Nombre de Mamá:</b>		<b>Edad:</b>	
<b>Ocupación:</b>			
<b>Estructura Familiar / Personas con quienes vive</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Parentesco</b>
<b>DEMANDA</b>			
<b>Historia Personal / Familiar</b>			

--

<b>EXISTENCIA DE PSICOPATOLOGÍA INDIVIDUAL O FAMILIAR</b>
---

<b>DERIVACIÓN</b>
-------------------

<b>ANÁLISIS DE LA DEMANDA</b>
-------------------------------

<b>APRECIACIÓN PSICOLÓGICA:</b>
---------------------------------

Cierre de Caso Si ___ No ___ Fecha de cierre: ___/___/___ Motivo:
---

Responsable: \_\_\_\_\_

FIRMA

*ANEXO J:  
Registros anecdóticos de atención psicológica*

<b>REGISTRO ANECDÓTICO DE SESIONES</b>	
<b>NOMBRE:</b>	
<b>FECHA:</b>	<b>N° DE SESIÓN:</b>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

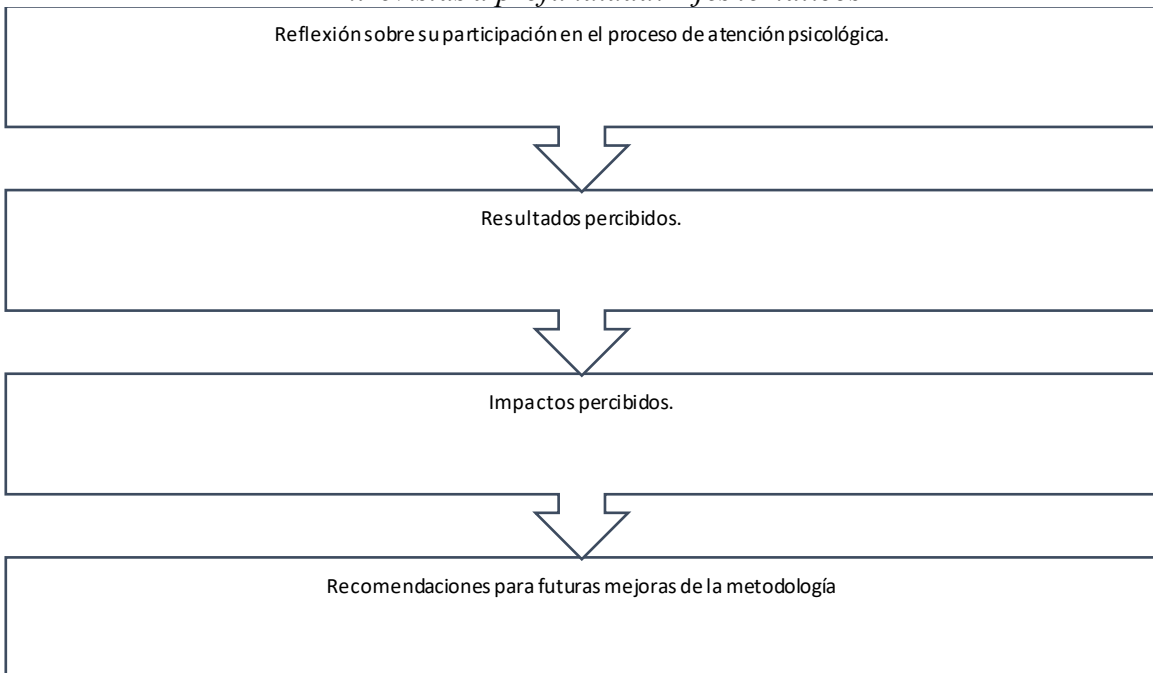
.....

<b>OBSERVACIONES/ELEMENTOS SIGNIFICANTES:</b>

## ANEXO K: Matriz de prestaciones y datos generados por la atención psicológica

Nº Caso	Nombres y Apellidos	Edad	Nacimiento. (Balcía, escriba 1. Otra ciudad escriba 0)	Residencia	Número de sesiones	PEDIDO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			Derivado por:	Motivo de Consulta (Demanda Manifiesta)	Estado del Proceso			Aparcamiento de tema profreado (Demanda Latente)	Historia clínica (H.C.)			Pocas
						Voluntario	Familiar	Institucional			Diagnóstico	Psicoterapia	acompañamiento psicológico		Si	No	Si	
Dr. registre lo coabitante con 1 o 0 (uno o cero) según corresponda el indicador. 0 demás se reduce tal cual en texto (demanda, derivado por etc.) (Mira el ejemplo, después borrarlo)																		
1	Maria Mercedes Zambrano Chica	42	1	Santa Domingo	3	1	0	0	Se desconoce	miro a lagares contrado	1	0	0	No refiero	1	0	0	
2	Victor Emilio Vega Zambrano	51	1	Buñes Cristo del Concreto	4		1		Se desconoce	Atencion Psicologica para su hijo de 15 años	1	0	0	Miedo a que el mal comportamiento influya en su hijo menor	1	0	0	
3	Cludia Riquel Florado Casillo	23	0	Cacao	3	1	0	0	Se desconoce	Problemas con el esposo, por sustitucion de culpa de cometer actos indebidos	1	0	0	Sustitucion de culpa	1	0	0	
4	Jessica Maria Orobajo Ceron	28	1	Cacao	6	1	0	0	Se desconoce	Problemas con dormir	1	0	0	Problemas con su familia y emociones.	0	0	0	
5	Eduardo Noemi Villar Rodriguez	10	1	Leonides Plaza	6	0	1	0	Mdre	Miedo lo tras su consulta por comportamiento desconforable.	1	0	0	Dificultad de relacion hacia la madre.	1	0	0	
6	Ney Geovanda Gilvez Hidalgo	20	0	Leonides Plaza	4	0	0	0	Se desconoce	Dificultad de la relacion con su pareja (hombre)	1	0	0	Dificultad con relacion de la pareja	1	0	0	
7	Siris Yoveth Cruz Chica	42	1	Leonides Plaza	6	1	0	0	Se desconoce	Miedo a perderse las infidelidades del esposo	1	0	0	regresar con su esposo y perderse las infidelidades por sus hijos.	1	0	0	
8	Vicente Patricio Guadano Martinez	24	1	Arribero Am.3 Non.	2	1	0	0	NO FERIARE	Sierto que todo lo quiere, y no esta complacido con su vida laboral.	0	0	0	Miedo al salir de sus casa, y desconfiar a su padre.	1	0	1	
9	Socoris Jairo Torres Jimenez	47	1	Leonides Plaza	5	1	0	0	NO FERIARE	Preocupacion, tristez, por las infidelidades de su esposo.	1	0	0	Problemas con su esposo por infidelidad.	1	0	0	
10	Gladys Olga Polanco Arreaga	38	1	Leonides Plaza	1	1	0	0	NO FERIARE	Tiene dificultad para el funcionamiento cotidiano de su familia.	0	0	0	Conflicto familiar "hijos"	1	0	0	

## ANEXO L: Entrevistas a profundidad: Ejes temáticos



*ANEXO M:*  
*Historias clínicas*

HOJA DE ANÁLISIS DE SESIONES PRELIMINARES
---

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**# de Hist. Clínica:** \_\_\_\_\_

Sesión 1:

---

---

---

---

---

---

---

---

Sesión 2:

---

---

---

---

---

---

---

---

Sesión 3:

---

---

---

---

---

---

---

---

Sesión 4:

---

---

---

---

---

---

---

---



Síntesis Analítica (explicación sobre los mecanismos que propician la dificultad o situación problema)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Hipótesis Explicativa / Análisis Funcional / Diagnóstico.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Forma de trabajo recomendado

---

---

---

---

---

*ANEXO N:  
Historias clínicas*

MODELO DE PLAN TERAPÉUTICO							
Metas:							
Demanda/ foco problemático	Hipótesis Explicativas (DX)	Objetivos	Técnicas	Enfoque psicológico	# de sesiones	Instrumentos /recursos	Evaluación
Pedido de atención o situación problemática presentada.	Explicación que el profesional da al fenómeno de consulta.	Acciones para alcanzar la meta.	Estrategias para alcanzar el objetivo.	Marco conceptual del profesional.	Duración propuesta.	Descripción de materiales a usar (si se necesitase)	Criterios y parámetros para determinar la eficiencia del proceso.
					Total		
OBSERVACIONES:							

Ps. Cl. Enrique Quiroz.

*ANEXO O:  
Historias clínicas*

INFORME PSICOLÓGICO
Metodología de Atención Psicológica Comunitaria

1.- DATOS DE FILIACIÓN:

NOMBRES:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

VIVE CON:

DERIVADO POR:

2.- DEMANDA/MOTIVO DE CONSULTA

3.- HISTORIA FAMILIAR - HISTORIA PERSONAL

4.- PRUEBAS REALIZADAS

5.- RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

6.- IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (FENOMENOLÓGICO-DINÁMICO-ESTRUCTURAL)

7.- INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

8.- RECOMENDACIONES

*ANEXO P:  
Ficha específica para el análisis documental*

ANÁLISIS DOCUMENTAL				P-CAPs-HC:
Nº	INDICADOR	DATOS		OBSERVACIÓN
1	Nombres y apellidos			
2	Edad			
3	Sexo	Femenino	Masculino	
4	Lugar de Nacimiento			
5	Lugar de Residencia			
6	Pedido de atención	Voluntario	X Familiar	Institucional
7	Derivado por:			
8	Motivo de consulta			
9	Nº de sesiones	Problemática Psicosocial:		
10	Estado del proceso	Diagnóstico	Psicoterapia	Acompañamiento
11	Tema profundo			
12	Historia clínica (H.C.)	Si	No	
13	Poca información en la H.C.	Si	No	
14	Uso de comillas	Si	No	Nº de referencias
15	Contaminaciones del discurso del pct.	Inclusiones	Omisiones	
16	Equivocaciones del Psi.	Lapsus linguae	Cambiar el nombre del pct. Olvidar el nombre del pct.	
17	Autorreferencias del Psi., en la H.C.	Si	No	:
18	Referencias pronominales del Psi., en la H.C.	Si	No	:
19	Autointerrupciones	Tachaduras	Borraduras	Tema anterior inmediato:
20	Cuidado de la H.C.	Historia Clínica	Impecable Adecuada Descuidada	Demasiado ___ Mucho ___ Mediano ___ Poco ___ Ningún ___
21	Información Básica del pct.	Si	No	Datos de filiación
22	Referencias a regalos y presentes	Recepción	Entrega	
23	Referencias a promesas del Psi., al pct.	Si	No	
24	Otras referencias	:		

*ANEXO Q:  
Matriz de involucrados-Atención Psicológica Comunitaria*

MATRIZ DE INVOLUCRADOS-TRABAJO INTERINSTITUCIONAL				
#	Institución/Referente comunitario/a	Dirección	Cantón	Parroquia
1	Escuela Juan Pío Montufar N° 99.	Calle Salinas; entre Calle Ascazuri y Riofrio	Sucre	Bahía de Caráquez
2	Escuela Miguel Valverde.	Calle Mejía; Avenida Sixto Duran Ballen y Calle Vicente Rocafuerte	Sucre	Bahía de Caráquez
3	Escuela Modelo Ciudad de Bahía.	Calle Maraño y Octavio Viteri.	Sucre	Bahía de Caráquez
4	Unidad Educativa "La Inmaculada".	Calle Octavino Viteri, Malecon Virgilio Ratty y Calle Mateus	Sucre	Bahía de Caráquez
5	GAD Municipio Sucre; Oficina Regional de las Mujeres por la Equidad y por la Familia / ORMEF.	Avenida Bolívar y Ascazubi, Bahía de Caráquez 593	Sucre	Bahía de Caráquez
6	Colegio Eloy Alfaro.	Calle Salinas y Checa, S/N.	Sucre	Bahía de Caráquez
7	Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Extensión Bahía de Caráquez.	Calle Dr. Antonio Ormas Pozo, entre Calles Gabriel García Moreno y Av. Cesar Ruperty Dueñas	Sucre	Leonidas Plaza
8	Escuela Martha Bucaram de Roldos.	Plaza Km. 8, Cda. Rodríguez Lara.	Sucre	Leonidas Plaza
9	Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas Bahía de Caráquez.	Av. Cesar Ruperty Km. 3 1/2, Vía Chone	Sucre	Leonidas Plaza
10	GAD San Vicente: Oficina de la Mujer y La Familia – San Vicente.	Malecón Leonidas Vega y Av. Francisco Márquez.	San Vicente	San Vicente
11	Iglesia Santa Rosa de Lima – Dispensario Médico "Virgen del Carmen".	Calle Pedro Bravo R., entre calles Secundino Bravo y Virgen del Carmen.	San Vicente	San Vicente

*ANEXO R:*  
*Matriz "Caja de Zapatos"*

MATRIZ PARA ORGANIZACIÓN Y MANEJO DE FUENTES				
PALABRAS CLAVES	Atención psicológica	Psicología Comunitaria	Atención psicológica comunitaria	Comunidad
CITA/Ref. Bibliog.	J. Lacan: "Para hacer nuestra ciencia, no hemos entrado en la pulsación de la naturaleza, sino que hemos hecho intervenir letritas y numeritos... (...) no hay por el momento, y hasta nuevo aviso, ningún modo de hacer un puente entre las formas más evolucionadas de los órganos de un organismo vivo y esta organización de la ciencia." (1967, p. 46-47) (Lacan, 1967/2007)	Con frecuencia se limita su actuación al trabajo en el cubículo de psicología y se excluye su participación en esferas más amplias,14 (Saucedo R., 2006)	Levin decía que "la investigación que no produce más que libros no es suficiente" (1946, pág. 35).	Recetas : soluciones fáciles a problemas difíciles. La tendencia a reducir a fórmulas y recetas la formación de especialistas en intervención social es una reacción compensatoria (típica de los cursos postgraduados), comprensible pero inaceptable, respecto del exceso de teorización y abstracción de la formación universitaria de pregrado. Como toda forma de tecnocracia, encierra trampas y excesos a evitar: con frecuencia se demandan soluciones fáciles y cómodas de aprender y aplicar por el técnico u operador para todo medio y condición que
CITA/Ref. Bibliog.	"la práctica científica en sí misma supone ya una estructura de discurso", 133 (Murillo, 2012)	"Stephanie Rieger, critica la noción, señalando que supone que alguien tenga el poder de dar el poder. Los psicólogos y psicólogas no somos dioses y nadie podría hacer eso (Incluido Rappaport), pero si tratamos, queremos, fortalecer. Por eso prefiero usar la palabra fortalecimiento, empleada desde los inicios de la psicología comunitaria en nuestros países 67 (Montero M., 2011)	"Se me dirá: de todas maneras, el psicoanálisis es una investigación. (...) no me fio de dicho término. En lo que a mí respecta, nunca me he considerado un investigador. Como dijo una vez Picasso, para gran escándalo de quienes lo rodeaban: yo no busco, encuentro." (Lacan, 1964a: p. 15) (Lacan, 1964a/2007)	"la organización de la ciencia depende del orden simbólico" (sin página o con paráfrasis mejor) (Montero M., Critica, autocrítica y construcción de teoría en la psicología social latinoamericana , 2010)
CITA/Ref. Bibliog.	La salud ha sido uno de los sectores más innovadores en la globalización de la mano de	No es difícil identificar el primer gran desafío que la Psicología y los psicólogos enfrentan, a partir de su historia y complejidad de teorías,	En las últimas décadas, existen iniciativas para ampliar la labor en materia de salud pública,	Para Blanco (1998), estos servicios nacieron de la necesidad de dar respuesta al quehacer de los psicólogos, quienes precisan alejarse de las situaciones

*ANEXO S:*  
*Hoja de Análisis de contenido*

FORMATO PARA EL ANÁLISIS DE CONTENIDO (A.C.)			
Fecha:		Tipo de registro:	
Participante(s):			
Comunidad/Institución:			
TEXTO (o IMAGEN)	CONTEXTO		
SENTIDOS EXPLICITOS E IMPLICITOS:			
TEXTO (o IMAGEN)	CONTEXTO		
SENTIDOS EXPLICITOS E IMPLICITOS:			
Observaciones y comentarios adicionales:			

*ANEXO T:  
Lista de frecuencia*

LISTA DE FRECUENCIA PARA RECURRENCIAS			
Voz	Texto Recurrente	Frecuencia	Observación

*ANEXO U:  
Certificado*

	<p><b>UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ</b> <b>FACULTAD DE PSICOLOGIA</b> Creada, Resolución H. Consejo Universitario del 6 de enero del 2014 Correo Electrónico: psicologia_ulearn@hotmail.com Via San Mateo Teléfono 2622740 MANTA- MANABI-ECUADOR</p>	
<b><u>CERTIFICADO</u></b>		
<p>Yo, Victoriano Camas Baena, Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, certifico que los señores Psicólogos Clínicos JEFERSON ENRIQUE QUIROZ ZAMBRANO, FÉLIX GABRIEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO, y HERNÁN ANDRÉS CEDEÑO CEDEÑO, ejecutaron el proyecto piloto de Prácticas pre-profesionales con los estudiantes de último año de psicología clínica de la Extensión de esta Universidad en Bahía de Caraquez.</p> <p>Este pilotaje llevado a cabo desde mayo del 2014 hasta febrero del 2016 por los mencionados profesionales vinculados a esta Unidad Académica durante dicho periodo, fue desarrollado a través de la implementación del Programa P-CAPs de su autoría (Certificado IEPI N° 005027), aprobado por el Consejo de Facultad actuante, incluido como proyecto de investigación en el plan Operativo Anual 2015 de esta Facultad, y ejecutado en las comunidades de las ciudades de San Vicente y Sucre (Bahía de Caraquez).</p>		
Manta, 31 de marzo del 2016		
Lo Certifico,		
 Dr. Victoriano Camas Baena, PhD. DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ.		
		

# ANEXO V: Notas de prensa

**El Diario** Portoviejo, Manabí 22°C ☽ | Ingresar Registrarse

Costados | Opciones | Edición impresa | Consulte su factura

ACTUALIDAD CRÓNICA INTERNACIONALES DEPORTES INSÓLITO Y VIRALES TECNO Y CIENCIA TENDENCIAS OTROS

Destacado: Caso Odebrecht | Julian Assange | Dinero del narcotráfico en buscar

Actualizado hace 2 horas 16 minutos

SOCIALES más noticias de Sociales >

## Programa universitario prevé apoyo psicológico



Los estudiantes de quinto año de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM) extensión Bahía de Caráquez, fueron capacitados por docentes de la institución.

Hoy: 18 Agosto 2016 | 04:00

El tema principal tratado en la capacitación fue "Enfoque Cognitivo Conductual y Psicoanalítico", por parte de los psicólogos clínicos Félix Rodríguez, Hernán Cedeño y Enrique Quiroz Zambrano, coordinadores del Programa Comunitario de Atención Psicológica "CAPS" de la facultad de Psicología clínica de la ULEAM.

Según los organizadores del evento, los estudiantes de la carrera mostraron satisfacción por lo aprendido.

Por otra parte, se dio a conocer que el programa "CAPS" brinda atención psicológica a nivel comunitario, de manera gratuita a niños, adolescentes y adultos en la universidad.

Compartir en Facebook | Compartir en Twitter

Impreso | Miércoles 14 Junio 2017  
**El Diario**

NORMATIVA LEGAL | B | f | w | B | Search

**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ** *Formando mejores cuadros con una sólida base ética*

Información General | Facultades | Campus | Evaluación | Vinculación | Organización y Métodos  
Transparencia | Enlaces - Contacto

### Inicio / Noticias ULEAM / Últimas Noticias / SE REALIZÓ TALLER DE PSICODIAGNÓSTICO EN EL CAMPUS BAHÍA



#### SE REALIZÓ TALLER DE PSICODIAGNÓSTICO EN EL CAMPUS BAHÍA

Los estudiantes del quinto año de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí ULEAM de la Extensión Bahía de Caráquez recibieron una jornada de capacitación con el tema "ENFOQUES COGNITIVO CONDUCTUAL Y PSICOANALÍTICO" durante la mañana y tarde del jueves 14 de agosto, en el auditorio de este Campus universitario



Los encargados de regular esta capacitación fueron los psicólogos clínicos Félix Rodríguez, Hernán Cedeño y Enrique Quiroz Zambrano, coordinadores del programa comunitario de atención psicológica "CAPS" de la facultad de Psicología clínica de la ULEAM.



Este taller fue direccionado a los estudiantes del semi-internado del último año de psicología clínica.

El programa "CAPS" brinda atención psicológica a nivel comunitario, de manera gratuita y eficiente, a niños, niñas, adolescentes y adultos, en las instalaciones de la Extensión de la Uleam Extensión Bahía y en espacios brindados por instituciones educativas y el "GAD" (gobiernos autónomos descentralizados) del cantón Sucre y San Vicente.

Los estudiantes de la Carrera demostraron satisfacción de haber participado de este evento de gran importancia en su preparación profesional.

Facebook | Google

¿Cómo matricularse en el Aula Virtual?, VER VIDEO

OPORTUNIDAD LABORAL PARA ESTUDIANTES