

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

**Redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental en el
barrio Santa Rita, Quito (2023-2025)**

Sistematización y análisis desde la epidemiología y salud colectiva

Daniela Nathaly Michilena Proaño

Tutora: María Fernanda Soliz Torres

Quito, 2025

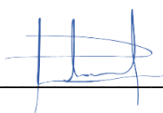
Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional		
	Reconocimiento de créditos de la obra	
	No comercial	
	Sin obras derivadas	
Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia		

Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Daniela Nathaly Michilena Proaño, autor de la tesis intitulada “Redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental en el barrio Santa Rita, Quito (2023-2025): sistematización y análisis desde la epidemiología y salud colectiva”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 24 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

24 de diciembre de 2025

Firma:  _____

Resumen

La presente investigación estudió las redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental en el barrio Santa Rita entre 2023-2025 desde una perspectiva crítica de la salud. Para ello, el objetivo general fue sistematizar y analizar la configuración y los elementos que caracterizan a las redes como procesos protectores de la salud mental. La investigación se sustentó teóricamente en diálogo de saberes entre la salud colectiva, la epidemiología crítica, la antipsiquiatría, las redes comunitarias y teoría de género. Respecto a la metodología se propuso un estudio cualitativo crítico y situado, trabajado desde la descripción y el análisis de experiencias basado exclusivamente en fuentes secundarias. El análisis se organizó desde una lectura multinivel: general, particular e individual, lo que permitió identificar doce dimensiones protectoras que fundamentan el carácter protector de las redes comunitarias para la salud mental. Se evidenció que estas redes sostenidas principalmente por liderazgos femeninos fortalecieron la autonomía social, redistribuyeron los trabajos de cuidado y generaron respuestas colectivas frente al sufrimiento psicosocial. La investigación concluyó que las redes comunitarias constituyen formas legítimas de producción social de salud mental y que las comunidades deben ser reconocidas como sujetos epistémicos, aportando un modelo conceptual para disputar la hegemonía basado en el cuidado comunitario, el territorio, la dignidad y la justicia social.

Palabras clave: Salud mental crítica; redes comunitarias; procesos protectores; determinación social de la salud; territorio; liderazgos femeninos.

A mamá y papá, quienes me enseñaron que se puede habitar el mundo desde la ternura,
la solidaridad y el cuidado.

Agradecimientos

A María Fernanda Solíz Torres, cuyo acompañamiento riguroso, motivación constante y apoyo cercano marcaron profundamente la construcción de este trabajo.

A todas las mujeres con quienes he trabajado, por recordarme con su cariño, su fuerza y su lucha que la vida solo se sostiene en comunidad.

Al equipo en territorio, que creyó, acompañó y cuidó este proceso incluso en los momentos más difíciles.

A AVSI Ecuador, por permitirme trabajar desde la dignidad, el respeto y el cuidado de las personas y comunidades más vulnerables.

Tabla de contenidos

Introducción.....	13
Capítulo primero: Salud mental: aportes desde la salud colectiva, la antipsiquiatría y la epidemiología crítica	19
1. Salud colectiva y determinación social.....	20
1.1. Medicina social latinoamericana	20
1.2. Salud colectiva	24
1.3. Epidemiología crítica	29
2. Crítica a la patologización y medicalización del sufrimiento social.....	35
2.1. Nacimiento de la antipsiquiatría.....	35
2.2. Aportes latinoamericanos a la antipsiquiatría	41
3. Redes y participación comunitaria.....	48
3.1. Redes comunitarias en salud colectiva	50
3.2. Trabajo comunitario	54
4. Hacia una salud mental crítica, colectiva y emancipadora	56
4.1. Aportes para la construcción de la salud mental crítica	60
4.2. Salud mental crítica y redes comunitarias	64
Capítulo segundo: Metodología: claves para una investigación crítica	67
1. Sistematización de experiencias	67
2. Enfoque epistemológico	69
3. Matriz de operacionalización metodológica	70
4. Tipo de estudio.....	72
5. Pregunta y objetivos de investigación	73
6. Contexto institucional de la sistematización.....	73
7. Delimitación y selección de la muestra	73
8. Herramientas de sistematización y análisis de la información	74
8.1. Triangulación de la información	76
9. Delimitación geográfico-espacial del territorio	76
10. Principios y consideraciones éticas	79
11. Alcances y límites del estudio	80
Capítulo tercero: Resultados: lo comunitario como campo de experiencia	81
1. Contexto territorial.....	81

2. Matriz de síntesis de resultados	83
3. Análisis multinivel	86
3.1. Nivel general	86
3.2. Nivel particular	90
3.3. Nivel individual	94
3.4. Conclusiones análisis multinivel	97
4. Dimensiones protectoras	97
4.1. Desarrollo y resultados de las dimensiones protectoras	98
4.2. Conclusiones dimensiones protectoras	102
5. Síntesis crítica de las redes comunitarias como procesos protectores	102
Capítulo cuarto: Redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental: modelo conceptual desde la salud mental crítica	105
1. Modelo de redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental	106
2. Enfoque de género y teorías del cuidado	108
2.1. Interseccionalidad	109
2.2. Teoría feminista del cuidado	110
3. El derecho a la salud mental	113
3.1. Políticas públicas en salud mental	115
3.2. La crisis del sistema público y la salud mental	117
4. Síntesis del modelo conceptual en perspectiva crítica	118
Conclusiones	121
Obras citadas	125
Anexos	134
1. Anexo 1: Línea del tiempo documental y perfil histórico participativo	134
2. Anexo 2: Matriz de ordenamiento y reconstrucción	135
3. Anexo 3: Matriz de sistematización de experiencia	137
4. Anexo 4: Consentimiento informado institucional	141

Introducción

La presente investigación desarrolla una sistematización crítica de experiencias comunitarias de salud mental y organización barrial construidas en el barrio Santa Rita entre 2023 y 2025. El análisis se realiza desde una posición epistémica situada en la salud colectiva y la epidemiología crítica, la antipsiquiatría y la teoría de género para comprender el papel de las redes como procesos protectores de la salud mental. El estudio posiciona como ejes fundamentales los vínculos comunitarios, la organización barrial, los saberes locales y las prácticas de cuidado, comprendidas como respuestas colectivas que sostienen la salud disputando lecturas biomédicas e individualizantes.

Tras la pandemia de COVID-19, la salud mental se consolidó como una necesidad prioritaria de salud a nivel mundial debido al aumento de problemáticas asociadas a la ansiedad, la depresión, el consumo de sustancias y diversas formas de violencia. Estas afectaciones tuvieron un alcance global, aunque se expresaron con mayor intensidad en grupos históricamente vulnerados como niñas, niños, adolescentes (NNA), mujeres, personas adultas mayores, y personal sanitario profundizando aún más las desigualdades en salud. A nivel mundial entre el 20 % y el 70 % de las personas presentan síntomas persistentes de depresión y ansiedad después de la pandemia (Organización Panamericana de la Salud 2021).

A nivel regional, el 93 % de los Estados latinoamericanos identificaron la salud mental como un eje prioritario en sus planes de recuperación. No obstante, la mayoría no asignó recursos económicos suficientes para su ejecución pues 60 % de los países reportaron una reducción de servicios especializados en salud mental (Organización Panamericana de la Salud 2021). Como consecuencia, se estima que entre el 76 % y el 85 % de las personas diagnosticadas con trastornos mentales en países de ingresos medios y bajos no acceden a tratamiento adecuado, situación que en América Latina se agudiza por el debilitamiento de los sistemas públicos de salud y la limitada asignación presupuestaria (Gallegos, Cervigni y Martino 2021).

En Ecuador, esta brecha en el acceso a salud mental se cruza con condiciones estructurales agravadas por el contexto sociopolítico. Actualmente, el país se encuentra inmerso en un conflicto interno armado declarado en 2024, lo que ha intensificado la inseguridad, la violencia y la percepción generalizada de desprotección. Ecuador se ubica entre los países más violentos de América Latina y el Caribe, en 2025 los homicidios

aumentaron un 31,2 %, posicionándolo como el tercero en la región (González 2026). A ello, se suman condiciones estructurales como la pobreza, la precarización, el debilitamiento del Estado y la creciente desconfianza ciudadana en las instituciones (Carrión 2024).

En este escenario, se reconoce que existe una afectación diferenciada sobre la salud mental de las mujeres en Ecuador quienes continúan asumiendo de forma desproporcionada el trabajo de cuidados y enfrentan mayores niveles de violencia lo que profundiza el sufrimiento físico y emocional (Herrera 2020, 220-22). La violencia contra las mujeres adquiere dimensiones estructurales alarmantes, en donde 65 de cada 100 mujeres han experimentado algún tipo de violencia. Además, específicamente, las mujeres en situación de movilidad humana enfrentan escenarios de xenofobia, hipersexualización y múltiples formas de discriminación vinculadas al género, etnia y nacionalidad (ONU Mujeres Ecuador 2024).

A nivel local, en Quito donde se ubica la propuesta de investigación este deterioro de la salud mental se manifiesta en elevados niveles de estrés, miedo e inseguridad que han reconfigurado las formas de convivencia y erosionado el tejido social, particularmente en los barrios populares. En la ciudad, una de cada cuatro personas enfrenta alguna problemática de salud mental y ocho de cada diez reportan niveles elevados de estrés. Entre las principales causas identificadas se encuentran la situación económica y laboral (49 %), la falta de tiempo personal (12,7 %) y los conflictos interpersonales (10,6 %) (EC GAD DMQ 2023).

Este contexto evidencia el desgaste y la insuficiencia de los enfoques hospitalarios y asistenciales que predominan en la atención de la salud mental, cuya capacidad de respuesta resulta limitada frente a malestares anclados en la desigualdad, la violencia y la precarización (Desviat 2021, 2-3). Por ello se reconoce que persiste un vacío teórico frente a la comprensión de la salud mental como un proceso social. En tanto, las investigaciones recientes se han centrado, mayoritariamente, en el abordaje de secuelas psicobiológicas pospandemia, la identificación de factores de riesgo y la evaluación de tratamientos costo-efectivos, priorizando enfoques que no analizan las dinámicas estructurales que configuran el sufrimiento psíquico.

Del mismo modo, se identifica un vacío práctico y social vinculado al limitado reconocimiento de las experiencias comunitarias en los procesos de salud mental. Incluso cuando algunas iniciativas han sido visibilizadas suelen ser interpretadas como acciones aisladas o complementarias a los servicios sanitarios. Esta desvalorización de lo

comunitario reproduce jerarquías que colocan el saber clínico por encima de las prácticas territoriales, invisibilizando su aporte en la producción social de la salud mental. Cuestionar estas jerarquías y disputar esa lectura constituye un aporte central de esta investigación.

En consecuencia, esta tesis aborda un problema teórico persistente en el campo de la salud mental, la fragmentación de los marcos analíticos que continúan interpretando el sufrimiento psíquico desde enfoques biomédicos. Frente a ello, plantea la necesidad de un enfoque crítico que sitúe la salud mental en el campo social, político y ético desde la perspectiva de la determinación social de la salud, reconociendo que la salud está atravesada por disputas de poder, decisiones públicas, prioridades estatales y desigualdades estructurales.

La investigación aborda la tensión entre un enfoque biomédico y hospitalario de la salud mental centrado en la atención individual y en dispositivos de tratamiento, frente a una perspectiva que concibe el cuidado como un proceso colectivo. Esta tensión expresa una disputa sobre qué se reconoce como producción legítima de salud y qué saberes se han silenciado. Dado que, mientras aún se privilegian estructuras sanitarias jerarquizadas y respuestas medicalizadas que no han logrado responder al acceso y garantía de la salud mental, se desestiman prácticas comunitarias que sostienen la vida en contextos de desigualdad. Por ello, la investigación propone un desplazamiento del paradigma biomédico y hospitalario hacia una lectura crítica y colectiva de la salud mental.

En consecuencia, la propuesta plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo se configuran las redes comunitarias del barrio Santa Rita como procesos protectores de la salud mental y qué elementos, prácticas y sentidos las caracterizan en los niveles estructural, comunitario y subjetivo? Esta pregunta orienta un análisis centrado en comprender las prácticas desarrolladas, los sentidos otorgados, las tensiones presentes y la capacidad transformadora que adquieren las redes comunitarias en salud. Estableciendo como objetivo general, sistematizar y analizar la configuración y los elementos que caracterizan a las redes comunitarias del barrio Santa Rita como procesos protectores de la salud mental colectiva desde una perspectiva crítica de la salud.

En coherencia con este propósito, los objetivos específicos estructuran el proceso investigativo en tres planos complementarios. En primer lugar, se propone analizar de forma crítica el concepto de salud mental desde la salud colectiva, la antipsiquiatría y la epidemiología crítica. En segundo lugar, se busca describir y sistematizar las prácticas, los saberes y las formas organizativas que sostienen el cuidado colectivo de la salud

mental en las redes comunitarias lideradas por mujeres del barrio Santa Rita. Finalmente, se plantea interpretar estas experiencias organizativas como procesos protectores de la salud mental desde los marcos críticos de análisis.

En conjunto, estos objetivos permiten articular teoría crítica y experiencia territorial como dimensiones del bienestar psicosocial. Desde esta perspectiva, se sostiene que las redes se configuran como dispositivos comunitarios de cuidado que disputan la hegemonía biomédica, redistribuyen los trabajos de cuidado y fortalecen la autonomía social en contextos urbanos adversos, incidiendo de forma directa en la protección de la salud mental. Asimismo, se reconoce que los liderazgos femeninos constituyen la base organizativa de estas redes, por lo que deben ser comprendidos como sujetos epistémicos que producen saberes, prácticas de cuidado y estrategias colectivas de afrontamiento frente al sufrimiento psicosocial.

Para lograrlo, la investigación adopta un enfoque cualitativo inscrito en la metodología de la sistematización de experiencias orientado a reconstruir y analizar las experiencias de las redes comunitarias del barrio Santa Rita desarrolladas entre 2023 y 2025, en el marco de un proceso institucional ya finalizado de una organización no gubernamental. Así, la investigación se basa exclusivamente en el análisis de fuentes secundarias, sin recolección de datos primarios ni participación directa de personas. En donde la sistematización se asume como una herramienta que articula memoria y reflexión crítica para comprender cómo estos procesos cuidaron la salud mental en el territorio (Jara 2018).

Este recorrido investigativo da lugar a un trabajo estructurado en cuatro capítulos. El primer capítulo construye el marco conceptual que sitúa la salud mental desde una perspectiva crítica, colectiva y situada en el contexto latinoamericano, abordándola como un proceso social vinculado con las desigualdades estructurales y las formas de organización colectiva (Almeida Filho y Silva Paim 1999, 21-2). En este capítulo se construye el concepto de salud mental crítica como eje articulador de la investigación y como fundamento ético y analítico para la sistematización de experiencias.

El segundo capítulo presenta el desarrollo metodológico de la investigación. En este apartado se expone el enfoque cualitativo adoptado y la fundamentación de la sistematización de experiencias como estrategia de producción de conocimiento legítima y situada. Se describen los criterios de selección y exclusión de fuentes, los procedimientos de organización y análisis de la información, y las consideraciones y decisiones éticas que orientan el proceso investigativo. Se precisan los alcances y límites

del estudio, reconociendo su carácter descriptivo-interpretativo y su énfasis en fuentes secundarias.

El tercer capítulo muestra los resultados de la investigación a partir de la articulación del marco teórico crítico con la experiencia de las redes comunitarias de Santa Rita. En este apartado se reconstruyen y analizan las experiencias sistematizadas, se exponen los principales hallazgos y se desarrolla una interpretación crítica. El análisis se organiza a partir de una lectura multinivel: general, particular e individual que examina las determinaciones estructurales del territorio, las dinámicas organizativas de las redes barriales y las vivencias subjetivas y corporales de las mujeres. Este análisis identifica doce dimensiones que fundamentan el carácter protector de las redes comunitarias para la salud mental y constituyen uno de los principales aportes de la investigación.

El cuarto y último capítulo propone un giro teórico que avanza desde la sistematización y el análisis de resultados hacia la formulación de un modelo conceptual. En este marco, se incorpora un enfoque de género que visibiliza los liderazgos femeninos y las redes de cuidado como ejes centrales del proceso protector, a través del cual se redistribuye el poder, se reparan vínculos y se enfrentan desigualdades interseccionales (Batthyány 2004). A su vez, se desarrollan aportes que posicionan la salud mental como un derecho, evidenciando cómo se ve vulnerado en el contexto de la crisis del sistema de salud en Ecuador.

En suma, la investigación invita a aproximarse a la salud mental desde una perspectiva que cuestiona los límites de lo clínico y lo individual para situarla en el campo de lo colectivo. Necesaria lectura en un contexto nacional atravesado por violencias múltiples, pobreza y ausencia de respuestas estatales, en donde este trabajo propone repensar la salud mental como una construcción producida desde los territorios, los vínculos y las prácticas de cuidado. En esta línea, el análisis de las experiencias como las de Santa Rita reconocen la vigencia del modelo crítico y colectivo como una estrategia clave para la protección del bienestar psicosocial en contextos urbanos adversos.

Capítulo primero

Salud mental: aportes desde la salud colectiva, la antipsiquiatría y la epidemiología crítica

Este capítulo propone un recorrido teórico orientado a comprender la salud mental desde una mirada crítica, colectiva y situada en el contexto latinoamericano. Donde se cuestionan los reduccionismos biomédicos que persisten en los servicios de atención y los discursos institucionales los cuales tienden a individualizar el sufrimiento y despolitizar sus causas. En contraposición, se plantea una comprensión de la salud mental como un proceso histórico, social y comunitario, vinculado con las condiciones materiales de existencia, las desigualdades estructurales y las formas de organización colectiva. Este marco teórico no se limita a contextualizar el estudio, se configura como una matriz analítica central que orienta la sistematización y el análisis de los resultados.

A partir de este planteamiento, el capítulo se estructura en cuatro secciones. La primera, examina los fundamentos de la salud colectiva y su aporte a la comprensión de la salud mental como proceso social. Además, integra los aportes de la epidemiología crítica, que introduce las nociones de determinación social, procesos protectores y territorio como categorías clave para analizar el sufrimiento psíquico y condiciones de vida. El segundo, desarrolla los aportes de la antipsiquiatría, destacando su crítica a la medicalización y su defensa de la despatologización y la autonomía. El tercero, aborda la participación y las redes comunitarias como expresiones de resistencia y cuidado frente a la exclusión, la violencia y el despojo. Finalmente, se plantea el concepto de salud mental crítica como eje de análisis de la investigación.

El propósito de este recorrido es construir una noción crítica de salud mental que sirva como fundamento teórico y ético para la sistematización y el análisis de la experiencia comunitaria del barrio Santa Rita, en Quito. El estudio se centra en los procesos protectores impulsados por redes de mujeres frente a contextos de violencia y precariedad. Al hacerlo, la investigación reivindica el papel de las comunidades y de las mujeres como sujetos epistémicos capaces de generar conocimientos, prácticas y sentidos que protegen la vida y fortalecen la salud mental colectiva.

1. Salud colectiva y determinación social

A continuación, se presentan las principales contribuciones de la salud colectiva y la epidemiología para el abordaje de la salud mental desde una perspectiva crítica. Por esta razón, se realiza un breve recorrido histórico desde la medicina social latinoamericana en el que se trabajan los aportes del pensamiento de la región que han problematizado la producción social de la salud en contextos atravesados por la desigualdad social. De este modo, se sientan las bases conceptuales para analizar la salud mental como un proceso socialmente determinado, vinculado a las condiciones históricas, territoriales y políticas que configuran las experiencias de vida y las formas de cuidado de la salud mental en los contextos comunitarios.

1.1. Medicina social latinoamericana

El estudio de la salud como un proceso social puede situarse a mediados del siglo XIX en Europa, particularmente en Alemania, Inglaterra y Francia en lo que se conoció como *pensamiento médico social*. Este enfoque surgió en el contexto de las grandes epidemias que acompañaron al proceso de industrialización en las principales capitales europeas, cuando por primera vez se estableció un vínculo explícito entre salud, enfermedad y sociedad. Este giro hizo posible ir más allá de la explicación biológica abriendo la posibilidad de investigar las condiciones considerando el contexto (Casallas 2019, 37). De esta manera, la salud comenzó a cuestionarse como un fenómeno condicionado por las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones.

En este periodo resulta relevante destacar la obra *Civilización y enfermedad* de Henry Sigerist, quien planteó que la enfermedad ha acompañado a la humanidad en toda su historia, pero sus manifestaciones han variado según las características sociales y los procesos de desarrollo de cada grupo. No obstante, a pesar de la relevancia de estas reflexiones, en Europa se impuso el paradigma médico-biológico y consolidó una mirada hegemónica que perdura hasta la actualidad, reproduciendo la idea de que el cuerpo es el centro exclusivo de análisis y control de la enfermedad, desplazando la comprensión integral de la vida y sus vínculos con la sociedad (Casallas 2019, 37-8).

Este modelo, construido sobre los avances de la investigación bacteriana desde finales del siglo XVIII, se estructuró bajo una lógica reduccionista y lineal de causa-efecto inmediato centrada en el determinismo biológico del organismo y en la acción de agentes infecciosos (Casallas 2019, 39). Años después, este enfoque evolucionó hacia el concepto de multicausalidad introduciendo ciertos factores sociales y ambientales, pero sin

cuestionar su base biologicista. Empero, mantuvo como premisa que la salud y la enfermedad son fenómenos individuales donde lo colectivo se reduce a la suma de experiencias personales (Laurell 1982, 69).

A pesar de la hegemonía de esta corriente, a lo largo del siglo XIX también surgieron posiciones alternativas que reconocían la determinación social de lo biológico. Sin embargo, estas propuestas se excluyeron por el liberalismo radical. En el siglo XX estas ideas se retomaron con fuerza, especialmente a partir de la década de 1970 cuando la salud pública entró en crisis y sus modelos de atención comenzaron a ser cuestionados. Las crecientes exigencias del desarrollo económico y el aumento de los costos sanitarios condujeron a una sobreespecialización del personal de salud, al uso masivo de fármacos costosos, y a la dependencia de tecnologías inaccesibles para gran parte de los países del mundo (Casallas 2019, 39).

Ante esta crisis se configuraron tres grandes respuestas. La primera fue la continuidad del modelo clásico, que reducía la salud-enfermedad a una dicotomía tratada como un bien privado enmarcado en la lógica neoliberal norteamericana. La segunda, más visible en Europa, adoptó una postura intermedia que reconocía lo social únicamente como un factor añadido a lo individual sin cuestionar la centralidad del modelo biomédico. Finalmente, en América Latina se fortaleció una propuesta distinta, inspirada en los derechos humanos que posteriormente también integró el materialismo histórico. Lo cual, permitió comprender la salud-enfermedad-atención desde una perspectiva histórica, social y dialéctica orientada hacia la emancipación (Casallas 2019, 40).

Aunque, como se mencionó el concepto de medicina social nació en Europa, en América Latina se resignificó durante la década de 1970, en un contexto atravesado por dictaduras militares y por la emergencia de movimientos sociales que cuestionaban las formas hegemónicas de poder. La salud que había sido concebida sobre todo como un asunto técnico y asistencial empezó a ser entendida como un campo de disputa política y social. Este proceso respondió a realidades marcadas por desigualdades estructurales, raciales y de género, lo que implicó transformaciones conceptuales, epistemológicas y metodológicas. Por esta razón, la salud dejó de analizarse solo desde lo individual para situarse en el terreno de lo colectivo, incorporando al análisis instituciones sociales, modos de producción y categorías (Stolkiner y Ardila 2012, 58-60).

Por lo tanto, la medicina social latinoamericana se comprende como un campo vinculado a las condiciones sociales de los pueblos y a sus procesos históricos más que como una corriente académica (Stolkiner y Ardila 2012, 58-60). Para Almeida Filho y

Silva Paim (1999, 20-2), la medicina social se configuró como un campo multidisciplinar que reformula el objeto de estudio de la salud, superando el enfoque lineal y predictivo de la salud pública tradicional. En consecuencia, en lugar de sostener un modelo causal biologicista, propone un abordaje integral del proceso salud-enfermedad-cuidado, situando a las comunidades como protagonistas de sus procesos. Estas perspectivas permitieron construir una ciencia comprometida con la vida y crítica frente a los enfoques reduccionistas que conciben la salud únicamente como ausencia de enfermedad.

Sus bases se nutrieron de diversas influencias como el marxismo, las ciencias sociales, la pedagogía de la liberación de Paulo Freire y de las luchas indígenas, campesinas y obreras. En Brasil, estas corrientes se cristalizaron en la Reforma Sanitaria que convirtió la salud en un derecho. En México, Ana Cristina Laurell (1982, 237) formuló la categoría de *determinación social* de la salud, que superó la idea de *determinantes* aislados y analizar los procesos en relación con los modos de producción. En Chile, el golpe de Estado de 1973 expuso de forma clave como la violencia, la represión, la desaparición y el exilio impactaban en el sufrimiento psíquico colectivo (Casallas 2019, 226). Estos ejemplos evidencian cómo la medicina social en América Latina articuló teoría y praxis desde la experiencia histórica.

Durante el siglo XX, el campo de la salud en la región estuvo fuertemente condicionado por organismos internacionales y organizaciones privadas bajo discursos filantrópicos y asistencialistas que buscaban garantizar sus intereses económicos y territoriales. Estas instituciones invirtieron capital financiero y tecnológico, pero también buscaron imponer un modelo único: el biomédico. Dicho modelo funcionó como mecanismo de control y se centró en el tratamiento de enfermedades tropicales, de transmisión sexual y carenciales, es decir aquellas que afectaban principalmente a la población trabajadora. De esta manera, la salud se subordinaba a las necesidades de la producción y la fuerza laboral (Laurell 1982, 42-5).

De igual modo, a diferencia del sanitarismo que pretendía presentar la salud pública como un campo técnico y neutral, la medicina social latinoamericana colocó en el centro la dimensión política de la salud. Reconoció que los sistemas sanitarios son espacios de disputa donde intervienen intereses de clase, proyectos de sociedad y relaciones de poder y no deben ser concebidos solo como estructuras de prestación de servicios. Bajo esta mirada, la salud no puede evaluarse únicamente con base en indicadores epidemiológicos, sino por su capacidad de transformar las condiciones

materiales y simbólicas que generan enfermedad y muerte (Breilh 2013; Casallas 2019, 88-9).

El diálogo con otras corrientes críticas ha enriquecido aún más este enfoque. El feminismo latinoamericano a través del análisis interseccional ha mostrado cómo el patriarcado y la división sexual del trabajo inciden en la salud mental de las mujeres, visibilizando la sobrecarga de cuidados, la violencia y la discriminación como causas de sufrimiento. A su vez, el pensamiento indígena del *Sumak Kawsay* o Buen Vivir incorporó una dimensión ecológica y comunitaria, entendiendo la salud como armonía entre personas, comunidad y naturaleza. En este marco, la contaminación ambiental, el despojo territorial y la ruptura de los vínculos comunitarios también se reconocen como determinaciones del sufrimiento psíquico (Stolkiner 2022, 2).

En Ecuador, la práctica de la medicina social se ha enlazado con las luchas indígenas y campesinas por la tierra, el agua y la autodeterminación. Durante las décadas de 1980 y 1990, las políticas neoliberales y la crisis económica profundizaron desigualdades y debilitaron el sistema público de salud. Frente a ello, organizaciones comunitarias reivindicaron la salud en conexión con la soberanía alimentaria, la justicia ambiental y la vida comunitaria, lucha que se ha sostenido desde la salud colectiva (Solíz et al. 2023). Estas experiencias muestran que incluso en escenarios complejos, la medicina social ha servido como marco para denunciar las causas estructurales del sufrimiento y sostener prácticas colectivas de cuidado.

En síntesis, la medicina social latinoamericana se constituye como un marco epistémico y político que amplía la comprensión de la salud más allá de lo individual, situándola en el entramado de relaciones sociales, históricas y culturales. Aunque no se ha ocupado de manera exclusiva de la salud mental, su crítica a la neutralidad de la ciencia y su apuesta por un conocimiento comprometido con la vida y la transformación social ofrecen un precedente decisivo para repensar el bienestar psíquico desde una mirada colectiva. Este enfoque invita a comprender la salud como una expresión de las relaciones sociales y no como un fenómeno individual aislado, abriendo camino a prácticas de cuidado y organización colectiva.

Estos aportes sientan las bases para que después la salud colectiva y los modelos antipsiquiátricos en América Latina propongan una visión contrahegemónica de la salud mental, entendida como un proceso inseparable de la dignidad y la justicia social. Esta perspectiva plantea que el abordaje del sufrimiento requiere ir más allá del enfoque clínico, impulsando transformaciones en las condiciones estructurales que lo originan y

sostienen. Por ende, el bienestar psíquico pasa a entenderse como una construcción histórica y colectiva sostenida en la capacidad de los pueblos para resistir, crear y cuidar en común y no como un estado fijo o un atributo individual.

1.2. Salud colectiva

La salud colectiva en América Latina muchas veces se ha estudiado como un símil de la medicina social. Sin embargo, dentro de esta investigación es necesario establecer una distinción que nos permita avanzar hacia un concepto crítico y aterrizado de salud mental. Por este motivo, se postula que la salud colectiva constituye un estadio más profundo que la medicina social al lograr una ruptura definitiva con la salud pública, nutrir su objeto de estudio desde la interculturalidad, el territorio y el ambiente, y fortalecer su carácter emancipador y de defensa de los derechos humanos (Casallas 2019, 228). En palabras del propio Breilh:

La medicina social es una etapa embrionaria de la salud colectiva, mientras la MS estaba ligada a médicos con visión social o sociólogos con interés por la salud, pero todavía enmarcados en el terreno de la salud pública, la salud colectiva de América Latina cambió completamente el objeto de transformación tornándolo intercultural, y abriéndose a los problemas de la salud y el ambiente. (Breilh 2012, citado en Casallas 2019, 210)

Partiendo de esta precisión, la salud colectiva surge en América Latina a fines del siglo XX, donde hereda y amplía los planteamientos de la medicina social, y se diferencia principalmente de la salud pública que tiende a concebir la salud como un conjunto de problemas técnicos de prevención y control. La salud colectiva coloca en el centro la dimensión política, histórica y social de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Su objeto incorpora la vida en toda su complejidad, entendida como una trama de relaciones sociales, culturales, económicas y ecológicas y trasciende la mirada centrada exclusivamente en enfermedades o indicadores epidemiológicos (Almeida Filho y Silva Paim 1999 16-7).

Siguiendo a Almeida Filho (2006, 25-6), la salud colectiva se configura como un campo interdisciplinario que trasciende la idea de disciplina o especialidad médica, articulando saberes, prácticas y luchas sociales en torno a la salud. Parte del reconocimiento de que los procesos de salud y enfermedad están condicionados por las estructuras económicas, políticas y culturales de cada sociedad. Desde esta mirada, las acciones de promoción, prevención y atención son prácticas sociales atravesadas por relaciones de poder. Por ello, la salud colectiva busca un compromiso ético con la

transformación de las condiciones que generan sufrimiento. Su aporte radica en abrir el campo sanitario al diálogo de saberes, donde la ciencia se encuentra con la experiencia popular, revalorizando los vínculos, los cuidados y la organización comunitaria.

Su objeto se sitúa en la intersección de lo biológico y lo social, al estudiar la producción social de la enfermedad, la organización de los servicios y la manera en que las comunidades enfrentan sus problemas de salud. De esta forma, se consolida como un campo en constante renovación que articula teoría y práctica para transformar realidades, y fortalecer la autonomía social. Aunque no constituye un paradigma, su potencia radica en la capacidad de articular diversos saberes y prácticas. Al cuestionar la hegemonía biomédica y sus límites para explicar los procesos de salud y enfermedad, se consolida como un espacio fértil para la reflexión, la innovación y la transformación (Almeida Filho 2006, 24-5).

A su vez, su constitución está estrechamente vinculada a los procesos sociales y políticos de América Latina. Su desarrollo se nutre de los movimientos de democratización y de las luchas por la reforma sanitaria de los años setenta, que cuestionaron la insuficiencia de la salud pública tradicional para explicar y enfrentar las desigualdades estructurales. Este campo surge de una crítica a los modelos de reforma en países capitalistas y se alimenta de la elaboración teórico-epistemológica y de una producción científica comprometida con la transformación social del sur global (Almeida Filho 2006). De esta articulación emergen propuestas que integran conocimiento, militancia y práctica dando forma a un pensamiento político y ético.

La salud colectiva también enfatiza la participación social como condición indispensable para la producción de salud. La comunidad se concibe como un sujeto activo que define, implementa y evalúa sus propios procesos de cuidado y atención, reconociendo su papel protagónico más allá de la simple recepción de programas. En este sentido, las personas dejan de ser pacientes pasivos y se convierten en actores que construyen respuestas colectivas frente al sufrimiento (Stolkiner 2022, 3-4). Así, se desafían las jerarquías y se impulsa un modelo horizontal de construcción de saberes. Como señala Jaramillo (2016), esta es una pedagogía crítica y esperanzada que convierte la salud en un campo de aprendizaje colectivo donde se combinan resistencia social y producción de conocimiento.

Otro eje central de la salud colectiva es la concepción de salud como derecho humano, no en términos abstractos sino como principio político y social que interpela a los Estados como garantes de derechos. Como plantea Cordero (2008, 1), “[...] los

derechos humanos constituyen garantías orientadas a proteger ciertos valores o bienes fundamentales para alcanzar una vida digna; siendo la máxima expresión de la dignidad humana”. Desde esta mirada, el reconocimiento del derecho a la salud implica también el deber estatal de generar condiciones que hagan posible su ejercicio real y efectivo. Este enfoque supera la visión biomédica y coloca la salud en el centro de los procesos sociales, vinculándola con la justicia, la dignidad y la equidad como condiciones indispensables para la vida.

De esta forma, la salud colectiva se configura como un campo de saber y de práctica en diálogo constante con los movimientos sociales y con tradiciones críticas del pensamiento latinoamericano. Su desarrollo ha estado marcado por experiencias colectivas que vinculan la defensa del territorio, la justicia ambiental y la equidad de género con la producción de salud. Estas luchas han permitido consolidar una mirada que reconoce la interdependencia entre cuerpo, comunidad y ambiente, y se expresa en un compromiso político con la transformación social y la defensa de los derechos (Stolkiner y Ardila 2012, 60). Desde esta perspectiva, la salud se entiende como derecho humano fundamental y no como mercancía, como resultado de la organización social y no de decisiones individuales, y como un proceso de lucha por la vida digna.

Este giro conceptual permite comprender la salud mental más allá de la esfera individual y de los diagnósticos clínicos, reconociéndola como un fenómeno colectivo que refleja tensiones estructurales de la vida social. Una de las críticas más sólidas que la salud colectiva formula al modelo biomédico es su reducción de la salud a la ausencia de enfermedad, lo que en el ámbito de la salud mental se traduce a definir el bienestar únicamente como ausencia de diagnósticos psicopatológicos. Frente a esta mirada tan limitada, la salud colectiva propone una noción ampliada que integra lo subjetivo, lo social, lo cultural y lo político. destacando que el bienestar depende de las condiciones materiales y de las formas de organización comunitaria (Stolkiner y Ardila 2012).

Ello implica reconocer que experiencias como la depresión, la ansiedad o la desesperanza no pueden analizarse de manera aislada de la precariedad laboral, la violencia de género, el racismo estructural o la degradación ambiental. Estas condiciones revelan que el malestar psíquico está estrechamente ligado a los modos de vida y a las desigualdades que atraviesan los territorios. En consecuencia, la salud mental se convierte en un indicador del nivel de justicia social y de cohesión comunitaria de una sociedad. Donde el bienestar subjetivo solo puede alcanzarse en condiciones de equidad, lo que

sitúa a la salud mental en el centro de las disputas políticas (Capella 2023; Onocko-Campos, Davidson y Desviat 2021).

Es importante destacar que la salud mental colectiva no niega la necesidad de servicios clínicos ni la existencia de padecimientos en el nivel individual lo que cuestiona es que estos constituyan el único eje del campo de la salud mental. Su propuesta busca integrar la dimensión subjetiva con un marco social y político más amplio que atraviesan la vida cotidiana, reconociendo que el sufrimiento psíquico tiene raíces colectivas y estructurales. De modo que, las intervenciones individuales se acompañen de transformaciones que aborden las causas de la desigualdad y la exclusión. De lo contrario, los tratamientos corren el riesgo de convertirse en paliativos que atenúan el dolor sin modificar las condiciones que lo generan perpetuando las lógicas de dominación (Capella 2023, 7).

La salud colectiva también se ha nutrido del diálogo con los feminismos latinoamericanos, la teoría de los cuidados y la psicología comunitaria, líneas de pensamiento que serán trabajadas en los siguientes apartados. Estas perspectivas muestran que la salud mental no es neutra al género ni a la división sexual del trabajo. En tanto, las mujeres han soportado históricamente sobrecargas de cuidado, violencias y exclusiones que impactan en su bienestar psicosocial. Muchas veces, estas condiciones han sido patologizadas en lugar de ser reconocidas como respuestas legítimas a contextos de violencia y opresión.

Al situar la salud en el centro de los procesos sociales, también se cuestiona las formas en que se produce el conocimiento sobre salud mental. Frente al monopolio del paradigma biomédico representado en la psiquiatría y la psicología clásicas, la salud colectiva plantea un diálogo de saberes que pone en el centro a la experiencia comunitaria, a las prácticas de cuidado y a los conocimientos populares esenciales en el marco de esta propuesta de sistematización (Stolkiner y Ardila 2012). Este reconocimiento rompe con la idea de que la ciencia académica es la única fuente legítima de saber y abre la posibilidad de construir categorías y estrategias de salud mental en contextos culturales diversos. Esta visión es relevante en América Latina donde coexisten múltiples cosmovisiones sobre la vida, la salud, el cuidado, la enfermedad y la muerte.

En definitiva, la salud colectiva resignifica la salud mental en cuatro dimensiones. En el plano conceptual, rechaza la visión biomédica reduccionista, y la concepción tradicional de la salud pública centrada en la prevención y el control, proponiendo una noción integral, política y relacional. En el plano metodológico, legitima el diálogo de

saberes, la interdisciplinariedad y a las comunidades como formas legítimas de producción de conocimiento. En el plano político, sitúa la salud mental como un derecho humano inseparable de las luchas sociales por la justicia y la equidad. Finalmente, en el plano práctico, promueve el fortalecimiento de redes comunitarias, la participación social y las estrategias colectivas de cuidado como ejes fundamentales de intervención.

Resulta fundamental recuperar la perspectiva de Solíz, quien afirma que la producción de conocimiento en salud colectiva debe ser “una muestra de que se puede hacer ciencia digna, con rigor teórico y metodológico, pero comprometida con la justicia social, ecológica, étnica y de género” (Solíz et al. 2019, 518). Esta visión invita a repensar la investigación como una práctica situada y comprometida con la vida, que rompe con la idea de una ciencia neutra y descontextualizada. Por ende, se afirma que la salud colectiva es un campo crítico y emancipador en donde la producción científica deja de ser un fin y se convierte en un medio para transformar realidades, acompañar procesos comunitarios y defender los derechos humanos.

Para esta propuesta investigativa, la salud colectiva aporta un marco teórico que entiende las experiencias de salud mental en el barrio Santa Rita a partir de los procesos de protección y cuidado que emergen en el territorio. Esta es relevante para el análisis del caso presentado, ya que reconoce la salud como un proceso social e histórico atravesado por relaciones de poder y desigualdades estructurales. En el contexto de Santa Rita, este enfoque posibilita visibilizar cómo las respuestas comunitarias se configuran frente a condiciones de precarización, violencia y ausencia estatal, otorgando centralidad a las prácticas locales de cuidado y organización barrial.

En tanto, los aportes de la salud colectiva permiten leer las redes comunitarias lideradas por mujeres como prácticas concretas de cuidado, resistencia y solidaridad frente al sufrimiento psicosocial. Por esta razón, la propuesta que orienta este estudio parte de reconocer que dichas redes pueden constituirse en prácticas concretas de cuidado que construyen respuestas colectivas. Desde esta perspectiva, resulta pertinente explorar cómo estas experiencias comunitarias abren posibilidades para repensar el campo de la salud mental desde una mirada crítica.

Finalmente, se reconoce que el concepto de salud mental ha sido objeto de críticas válidas, cuestionando su reducción a categorías clínicas o a expresiones individuales del malestar. Recordando que no es posible hablar de manifestaciones de salud o enfermedad que sean únicamente psicológicas o biológicas, pues en realidad se configuran como expresiones psicosociales que se hacen visibles en distintos niveles: en las personas, en

sus familias, en los grupos y en las sociedades (Solíz et al. 2023, 152-3). Estas observaciones son centrales para el presente estudio, ya que se propone reconstruir la noción de salud mental, superando sus concepciones clásicas y comprendiendo los procesos de sufrimiento y cuidado que configuran en territorios populares.

1.3. Epidemiología crítica

Al igual que la salud colectiva, la epidemiología crítica se presenta como heredera de la medicina social latinoamericana, corriente que desde mediados del siglo XX cuestionó los reduccionismos biomédicos y las prácticas sanitaristas centradas exclusivamente en la enfermedad. Ambas perspectivas comparten una raíz emancipadora que busca comprender la salud como un proceso complejo, histórico y socialmente determinado. No obstante, la epidemiología crítica se diferencia por aportar un marco analítico para comprender cómo las desigualdades estructurales determinan la salud. Este enfoque reconoce que el sufrimiento y el bienestar se producen en contextos marcados por modos de producción y relaciones de poder (Casallas 2019, 87-8).

En este sentido, la determinación social constituye un eje transversal en las ciencias críticas de la salud, pero en la epidemiología adquiere un papel central para comprender la complejidad del proceso salud-enfermedad. Desde esta perspectiva, Jaime Breilh (2023) sostiene que la salud y la enfermedad deben comprenderse como procesos sociales, colectivos e históricos, en lugar de ser reducidos a fenómenos biológicos o a distribuciones estadísticas. Su propuesta se fundamenta en el materialismo histórico-dialéctico lo que articula la salud con las condiciones materiales, económicas, culturales y políticas de la vida. Todas ellas atravesadas por relaciones de poder y modos de producción que organizan las posibilidades de vivir, enfermar y morir.

Es por este motivo que la categoría de reproducción social se convierte en un eje central dentro de la epidemiología crítica. A diferencia de la clasificación por estratos o niveles socioeconómicos utilizada por la epidemiología clásica, esta categoría analiza las raíces estructurales de las desigualdades. De forma que, las condiciones de salud se explican por procesos históricos y económicos que configuran la vida, más que por la casualidad o por comportamientos individuales. En esta línea, la epidemiología crítica se apoya en la teoría marxista de las clases para analizar el lugar de las personas dentro del sistema de producción y de la división social del trabajo, revelando cómo las relaciones de poder y explotación inciden directamente en la generación del daño y en las posibilidades de bienestar (Breilh 2010a, 9-10).

A diferencia de los *determinantes sociales* propuestos por organismos internacionales que fragmentan las condiciones de vida en factores estadísticos, la determinación social de la salud propone una lectura integral y crítica de los procesos vitales. No se trata de sumar variables, sino de analizar cómo sistemas como el capitalismo, el patriarcado, el colonialismo y la devastación ambiental producen formas concretas de sufrimiento y exclusión. Desde esta perspectiva, las desigualdades en salud son el resultado de procesos de dominación que atraviesan los cuerpos y los territorios, determinando quiénes tienen posibilidades de vivir con dignidad y quiénes son sistemáticamente expuestos al daño (Breilh 2023).

Esta propuesta teórica se expresa en tres niveles interrelacionados entre sí: general, particular e individual. El nivel general corresponde a las estructuras macro: el modelo de producción, las políticas, la organización del poder, entre otras. El nivel particular concierne a los modos de vida que caracterizan a los grupos humanos según el lugar que habitan en la estructura social. Por último, el nivel individual refiere a los estilos de vida que expresan los sujetos, vinculando genotipo, fenotipo y corporalidad o *embodiment*. Esta concepción supera el reduccionismo biomédico al reconocer que un caso clínico no puede ser aislado del contexto social en el que se produce (Breilh 2023, 28).

En consecuencia, la epidemiología crítica se diferencia de los enfoques tradicionales al plantear la determinación como categoría interpretativa que supera la visión lineal de riesgo y causalidad. De este modo, aporta un marco conceptual capaz de situar la salud como proceso complejo en el que se entrelazan estilos de vida, modos de vida y condiciones de vida. Dicho entramado se configura en una dinámica dialéctica entre tendencias protectoras y destructivas. Citando a Breilh (2023, 28) “Determinación social es el modo de devenir o modo de darse el condicionamiento dialéctico complejo de la salud y la generación de los correspondientes procesos críticos, con sus expresiones saludables y protectoras o sus expresiones malsanas y destructivas”.

Procesos protectores

En este contexto, se desarrolla el concepto de procesos protectores clave en esta investigación, como aquellos que generan condiciones favorables para la vida y que se expresan en todos los niveles: general, particular e individual. Estos procesos se contraponen a los procesos destructivos o malsanos, que producen daño, vulnerabilidad y deterioro de las condiciones de vida (Breilh 2023, 73-4). Por este motivo, el proceso

salud-enfermedad es siempre dialéctico, pues “En esas configuraciones, existe una permanente oposición entre tendencias saludables y malsanas” (159). Por lo cual, la salud se comprende como un proceso dinámico resultado de la tensión entre las fuerzas que sostienen la vida y aquellas que la amenazan.

Los procesos protectores son expresiones colectivas que emergen de la reproducción social y del metabolismo sociedad-naturaleza, vinculadas a valores de cooperación, solidaridad y sostenibilidad. Frente a ellos, están los procesos malsanos que se expresan en la explotación laboral, la violencia, el despojo territorial o la degradación ambiental, que deterioran la vida y generan sufrimiento colectivo. Mientras los primeros sostienen y fortalecen la vida en condiciones dignas, los segundos reproducen inequidad y vulnerabilidad. Por ello, Breilh (2023, 157) insiste en que el horizonte de la salud debe orientarse a potenciar lo protector y transformar las estructuras que perpetúan lo destructivo con el fin de garantizar “una vida sustentable, soberana, solidaria y segura”.

En este sentido, resulta necesario diferenciar entre factores protectores y procesos protectores, puesto que ambos conceptos operan en dimensiones de análisis distintas. Mientras los factores protectores suelen entenderse como atributos o condiciones específicas que se asocian a una menor probabilidad de daño, los procesos protectores remiten a dinámicas que producen y sostienen dichas condiciones en el tiempo. Esto se debe a que la noción de factores es abordada desde la epidemiología clásica, donde los fenómenos de salud se explican a partir de la asociación entre variables que se vinculan causalmente con determinados eventos, reduciendo esta complejidad a un conjunto de efectos conectados de manera lineal (Breilh 2023, 176).

En contraste, la epidemiología crítica comprende la protección de la salud como parte de procesos sociales en movimiento. Desde esta perspectiva, la protección no se puede analizar por factores o variables causales, ya que son entendidas como articulaciones históricas, sociales y colectivas que sostienen o deterioran la vida en contextos concretos (Breilh 2023). Por ello, analizar los procesos protectores implica comprender las relaciones que permiten que determinadas prácticas y formas organizativas se constituyan y se sostengan como espacios de protección.

Por lo tanto, el enfoque de procesos protectores es esencial para el análisis de las redes comunitarias del barrio Santa Rita, pues permite comprender las prácticas de organización, cuidado y solidaridad que han desarrollado las mujeres lideresas como condiciones de protección para la salud mental en el territorio. Analizar estas experiencias como procesos protectores posibilita reconocer cómo las relaciones comunitarias, los

espacios de encuentro y las formas de cuidado colectivo contribuyen a sostener la vida en contextos marcados por desigualdades, más allá de recursos causales.

Epidemiología crítica, territorio y salud mental

Continuando con esta línea, la epidemiología crítica constituye una alternativa epistemológica y metodológica al reconocer la determinación social de la salud, la reproducción social y procesos protectores o malsanos, como categorías analíticas centrales, y ofrece herramientas para comprender la complejidad del proceso salud-enfermedad. Esta perspectiva pone en evidencia las tendencias destructivas del capitalismo sobre la vida y la naturaleza, mostrando cómo la acumulación y el extractivismo deterioran tanto los cuerpos como los territorios. Asimismo, reconoce las fuerzas protectoras que emergen desde la organización social, las resistencias colectivas y las prácticas comunitarias de cuidado, donde se construyen alternativas que sostienen la vida y protegen vínculos (Breilh 2013).

Sumado a ello, la epidemiología crítica entiende el territorio como un concepto estratégico, ámbito donde se confluyen la vida cotidiana, las relaciones de poder y las disputas políticas. En él se configuran identidades, se expresan desigualdades y surgen formas de organización y resistencia que influyen directamente en los procesos de salud y enfermedad. Inspirándose en Lefebvre y Santos, Breilh (2023, 90-1) plantea que el territorio es una producción social del espacio que debe leerse en su complejidad histórica, articulando dimensiones materiales, simbólicas y culturales. De este modo, la salud urbana se concibe como un proceso dialéctico que articula la ecología, la infraestructura, las formas de consumo y las relaciones sociales.

En este contexto, la propuesta investigativa sitúa al barrio Santa Rita como un territorio popular de Quito donde se hacen visibles las contradicciones del desarrollo urbano desigual. Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, este territorio no se reduce a un espacio físico, sino que expresa las relaciones de poder que organizan la ciudad y producen desigualdades en la salud. Este territorio atravesado por la precariedad económica y la violencia estructural invita a cuestionar la mirada individual y biomédica de la salud. Igualmente, este enfoque reconoce cómo las condiciones materiales, sociales y simbólicas que configuran el barrio inciden directamente en los procesos de salud-enfermedad, cuestión que será analizada en detalle en el segundo capítulo. Tal como advierte Breilh (2023):

La espacialidad, distribución, movilidad y paisajes municipales son determinados por una lógica acelerada, inconsulta, desordenada y malsana que ha generado el rostro urbano de la crisis global. El desarrollo de las ciudades es implementado a fin de beneficiar a los enclaves empresariales y de segregar los hábitats extremadamente lujosos y sobreatendidos de los ricos; los entornos bien provistos de la clase media; los emplazamientos municipales deficientes, contaminados/as y peligrosos/as de los barrios de trabajadoras(es); y los barrios marginales caóticos, altamente inseguros y sobrepoblados en constante aumento de la población subproletaria. La epidemiología latinoamericana ha documentado los diferenciales epidemiológicos significativos que han aparecido en las ciudades neoliberales. (Breilh 2023, 103-4).

A partir de aquí se abre la posibilidad de dialogar con el campo de la salud mental, cuestionando sus reducciones biomédicas y recuperando su carácter social, histórico y político. Desde la categoría de determinación social, se comprende que las expresiones de sufrimiento psíquico están íntimamente vinculadas con las condiciones de vida y con las relaciones de poder que estructuran la sociedad. Por tanto, la salud mental deja de concebirse como un asunto privado o clínico para entenderse como un proceso atravesado por las desigualdades de clase, género y etnia, y por la precarización de los modos de vida y estilos de vida en contextos de acumulación capitalista (Breilh 1991).

Por este motivo, la noción de triple inequidad ofrece un marco interpretativo esencial para comprender la salud mental en Ecuador. Desde la epidemiología crítica, se evidencia que el sufrimiento psíquico se manifiesta de forma diferenciada según la posición que las personas ocupan en la estructura social, determinada por su clase, género y pertenencia étnica (Breilh 1991). Por ejemplo, las mujeres asumen una sobrecarga emocional y de cuidado que repercute directamente en su bienestar mental, mientras que los pueblos indígenas y afrodescendientes enfrentan discriminación estructural, racismo y despojo territorial. Estas condiciones afectan la vida individual pero también generan formas colectivas de sufrimiento y resistencia profundamente ligadas a las desigualdades históricas que atraviesan al país.

De ahí que un aspecto central de la epidemiología crítica sea su dimensión intercultural, planteada por Breilh (2009), quien propone replantear las potencialidades de la interculturalidad en salud como un diálogo crítico que cuestione las jerarquías coloniales del conocimiento. En el ámbito de la salud mental, esto supone reconocer que las categorías diagnósticas occidentales no abarcan todas las formas de nombrar y afrontar el sufrimiento. Las prácticas de cuidado desarrolladas por pueblos indígenas, afrodescendientes o comunidades populares deben asumirse como saberes legítimos y no como expresiones *extravagantes* o *folclóricas*, pues enriquecen los horizontes epistemológicos de la salud mental. Esta perspectiva resulta especialmente relevante en

Ecuador, donde conviven diversas culturas con concepciones propias sobre el bienestar y el sufrimiento.

En conclusión, la epidemiología crítica comprende la salud mental desde la determinación social como eje interpretativo central. Este enfoque supera la visión reducida de los factores de riesgo y la fragmentación biomédica, ubicando el sufrimiento psíquico dentro de procesos históricos, sociales y colectivos. En el plano metodológico, se apoya en categorías como la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza, que analiza la salud mental desde la complejidad de los modos de vida y de las relaciones de poder que estructuran la vida. A ello se suma la propuesta del análisis dimensional en tres dimensiones: general, particular e individual, que aporta una mirada integral para comprender las múltiples expresiones del malestar y sus determinaciones.

Por su parte, en el terreno político, la epidemiología crítica denuncia que las desigualdades de clase, género y etnia configuran experiencias diferenciadas de sufrimiento psíquico, y propone concebir la salud mental como un espacio de disputa frente a las tendencias destructivas del capitalismo. Esta perspectiva, identifica las condiciones que generan daño y resalta la fuerza de los procesos protectores que surgen de la vida colectiva. De ahí que cobre relevancia el papel de las redes comunitarias, la defensa del territorio y la solidaridad como estrategias para defender la vida en contextos de precarización. Por ende, la salud mental se entiende como un campo en el que confluyen tensiones estructurales, pero al mismo tiempo existen posibilidades de resistencia y cuidado.

Desde la epidemiología crítica también se cuestiona el reduccionismo de las políticas de salud mental que individualizan el malestar en factores de riesgo o estilos de vida aislados. Frente a ello, propone comprenderlo en el marco de la reproducción social, donde los modos de vida de los distintos grupos definen cómo se experimenta y gestiona el sufrimiento psíquico. Bajo esta perspectiva, la salud mental se concibe como un proceso en el que las inequidades actúan como determinantes constitutivas y no como factores secundarios (Breilh 2023). Esto exige que los programas en este campo trasciendan la atención clínica individualizada y se articulen con políticas de transformación capaces de modificar de forma estructural las condiciones de vida.

Es por ello que, Breilh (2023) afirma que la epidemiología crítica es una *ciencia ética y valiente*, pues interpela los fundamentos del conocimiento científico, cuestiona su supuesta neutralidad y revela su subordinación con las dinámicas del capital. Este enfoque rompe con la racionalidad instrumental que domina a la ciencia moderna y resulta

pertinente en el ámbito de la salud mental, donde la medicalización y el biologicismo han invisibilizado los procesos históricos y sociales que configuran el sufrimiento humano. Frente a ello, la epidemiología crítica reivindica que la producción de conocimiento debe estar al servicio de los pueblos y orientarse a la defensa de la vida en condiciones dignas.

A partir de estos aportes, la propuesta de sistematización y análisis de Santa Rita toma de la epidemiología crítica la noción de procesos protectores como categoría central para comprender la salud mental desde una perspectiva territorial. Este enfoque resulta pertinente para el caso estudiado, ya que interpreta las redes comunitarias como expresiones colectivas de cuidado y organización. Desde la concepción territorial del barrio, estas redes emergen frente a condiciones estructurales de precarización, violencia y desigualdad urbana. De este modo, la salud mental se analiza en su articulación entre condiciones materiales, vínculos comunitarios y experiencias subjetivas.

Sumado a ello, desde la determinación social de la salud, la experiencia de Santa Rita realiza un análisis multinivel, articulando los niveles general, particular e individual, visibilizando cómo las prácticas de cuidado, organización y solidaridad impulsadas por mujeres operan como fuerzas protectoras que disputan las tendencias malsanas del territorio. Así, la epidemiología crítica aporta una base teórica que sitúa estas experiencias comunitarias como procesos históricos, sociales y políticos que sostienen la vida y producen salud mental colectiva desde la comunidad.

2. Crítica a la patologización y medicalización del sufrimiento social

Este apartado aborda la antipsiquiatría como un campo de pensamiento crítico que cuestiona los procesos de patologización, medicalización e individualización del sufrimiento psicosocial. Para ello, presenta una síntesis histórica sobre el surgimiento de esta corriente a partir de las disputas frente a la psiquiatría tradicional y sus formas de intervención. El análisis incorpora los aportes latinoamericanos que presentan importantes avances como procesos de reforma psiquiátrica, luchas por la desinstitutionalización y experiencias comunitarias de cuidado. De esta forma, se consolida una mirada que prioriza enfoques colectivos y territoriales en salud mental como base teórica para el análisis de la investigación.

2.1. Nacimiento de la antipsiquiatría

En este trabajo se propone un diálogo que cuestiona las visiones biomédicas orientándose hacia corrientes contrahegemónicas que comprenden la salud mental desde

una perspectiva crítica y contextualizada. La antipsiquiatría emerge como una respuesta frente a los modelos convencionales de la psiquiatría que han concebido los trastornos mentales únicamente como disfunciones biológicas, negando la dimensión social y simbólica del sufrimiento. En contraste, la antipsiquiatría plantea la necesidad de devolver la palabra y el poder de decisión a quienes viven el sufrimiento psíquico, reconociendo que toda práctica de cuidado implica también una práctica de libertad y de dignidad humana (Basaglia 1972).

En el caso de la psiquiatría, su desarrollo está estrechamente ligado al surgimiento del hospital moderno en Europa, especialmente desde los siglos XVII y XVIII. En un inicio, estos espacios no nacieron con fines terapéuticos, al contrario, funcionaban como lugares de encierro en ocasiones caritativos destinados para pobres, mendigos y personas consideradas *locas*, en un proceso que Michel Foucault describió como parte del *gran encierro* (Foucault 1961, 61-2). Más que atender el sufrimiento humano, se trataba de mantener el orden social, instaurando una lógica de exclusión que preparó el terreno para la medicalización posterior.

Con el avance del siglo XIX, la medicina fue ocupando un rol central dentro de estos hospitales convirtiéndolos en instituciones psiquiátricas. Francia e Inglaterra fueron escenarios clave en esta transformación, con figuras como Pinel o Esquirol que promovieron el llamado “tratamiento moral”. Sin embargo, detrás de esta aparente humanización persistía una lógica de control, separar lo normal de lo patológico y reforzar la autoridad del médico sobre el paciente. En donde, la psiquiatría se consolidó como saber especializado, legitimando un poder disciplinario que normalizaba algunas conductas de otras (Amarante 2007, 27-9).

Por este motivo, el hospital psiquiátrico se consolidó históricamente como un espacio donde la enfermedad se transformó en el eje central de la práctica médica. En este proceso, el hospital dejó de ser únicamente un lugar de reclusión para convertirse en laboratorio de observación, espacio de tratamiento y formación profesional. Sin embargo, este modelo produjo un saber que no describía la *enfermedad en estado puro*, sino una enfermedad ya modificada por la acción y violencia institucional. Así, la psiquiatría heredó una lógica hospitalocéntrica que privilegió el conocimiento abstracto de la patología, aislada de la experiencia subjetiva de quienes la padecen, reforzando un modelo jerárquico y centrado en la enfermedad más que en el sujeto (Amarante 2007, 18).

De esta forma, las instituciones de encierro revelan cómo el poder disciplinario se disfraza de atención terapéutica, ocultando mecanismos de control bajo el lenguaje del cuidado. Foucault (1975, 92) mencionó que, “La prisión [...] organiza silenciosamente un campo de objetividad donde, el castigo podrá funcionar en pleno día como terapéutica, e inscribirse la sentencia entre los discursos del saber”. Este mismo principio atraviesa los manicomios, donde la asistencia se confunde con la vigilancia y el castigo con tratamiento. Con el tiempo, la antipsiquiatría denunciará esta lógica, evidenciando que la psiquiatría institucional no busca la curación más bien refuerza la adaptación social del sujeto. En lugar de liberar, refuerza la obediencia, medicaliza la diferencia y silencia el sufrimiento (Amarante 2007, 58).

Un punto de quiebre en la psiquiatría clásica se dio tras la Segunda Guerra Mundial, cuando la conmoción social y la indignación colectiva pusieron en evidencia prácticas bárbaras como el encierro y la degradación. El periodo de posguerra obligó a interrogar la legitimidad de estas instituciones y a cuestionar sus métodos, que muchas veces reproducían lógicas de tortura antes que de cuidado. En este escenario, surgieron las primeras reformas que denunciaban el encierro como falsa solución y mostraban que el hospital psiquiátrico operaba más como aparato de opresión que como espacio terapéutico. La consigna fue doble: desnaturalizar la institucionalización y abrir paso a formas de atención que reconocieran a sujetos (Amarante 2007, 24).

En este contexto, Amarante (2007, 24-6) distingue dos grandes corrientes reformistas. La primera buscó transformar el hospital desde dentro, cuestionando la organización misma de la institución psiquiátrica. En este marco, la comunidad terapéutica inglesa y la psicoterapia institucional francesa apostaron por introducir dinámicas horizontales, con asambleas, talleres de trabajo y espacios artísticos, pero solo como soportes del tratamiento. Se trataba de sustituir el control por la participación, y la obediencia por la corresponsabilidad, promoviendo vínculos y un sentido de vida hospitalaria.

El segundo grupo incluyó a la psiquiatría de sector y a la psiquiatría preventiva, que ya no insistían en prolongar la hegemonía y permanencia en el gran hospital, más bien en sustituirlo progresivamente por dispositivos alternativos: hospitales de día, centros de salud mental y otros recursos comunitarios. Con ello, la atención se territorializó y se fortaleció la continuidad entre hospital y comunidad. En el caso de Estados Unidos, la psiquiatría preventiva vinculó la salud mental con las políticas públicas, impulsando centros comunitarios y procesos de desinstitutionalización. Sin

embargo, este modelo también reprodujo una la lógica medicalizadora, al patologizar el *desorden social* y ampliar la influencia de la mirada psiquiátrica sobre la vida cotidiana (Amarante 2007 24-6).

Si bien las reformas institucionales significaron avances importantes, ninguna logró ir a la raíz del problema. Como advierte Amarante (2007, 30), es en este punto donde emerge la antipsiquiatría, que plantea la superación del sistema existente y la formulación de una propuesta radicalmente distinta. Su nacimiento se sitúa en la década de 1950 y alcanza mayor fuerza en 1960 de la mano de autores como Ronald Laing y David Cooper. Ambos reconocieron que las iniciativas previas no eran suficientes, pues no implicaban una verdadera resignificación de las personas diagnosticadas como *locas* a sujetos oprimidos por el sistema social. Es así que la propuesta antipsiquiátrica advertía que no bastaba con reformar el hospital era necesario transformar también a la familia, la comunidad y la sociedad.

El término antipsiquiatría, acuñado por David Cooper (1967) señalaba una nueva alternativa al modelo psiquiátrico. La propuesta consistía en cuestionar la enfermedad mental como un hecho biológico aislado y comprenderla como experiencia atravesada por las relaciones de poder. En este sentido, Cooper criticaba el error metodológico de aplicar principios de las ciencias naturales a las ciencias humanas ignorando su especificidad. Laing sintetizó esta crítica al afirmar que, “Lo que resulta científicamente correcto puede ser moralmente incorrecto. Un experimento puede ser científicamente impecable, pero espiritualmente detestable” (Laing 1982, 28). Desde esta mirada, el hospital psiquiátrico además de reproducir el sufrimiento, lo intensificaban como reflejo de estructuras opresoras presentes en la sociedad.

Dentro de la antipsiquiatría se cuestiona la idea de que lo *normal* y lo *patológico* sean datos objetivos y universales. Estas categorías son comprendidas como construcciones sociales e históricas que definen lo aceptable en cada contexto, lo que implica que la enfermedad no puede reducirse a patologías, sino que debe entenderse en relación con la experiencia del sujeto y las condiciones sociales que la configuran (Canguilhem 1971). Esta concepción abre la posibilidad de pensar la salud mental como un proceso dinámico y contextual, más que como una categoría cerrada delimitada por criterios y manuales médicos.

El surgimiento de la antipsiquiatría representó una ruptura con el paradigma biomédico dominante y con sus prácticas de control. En este marco, el pensamiento y la praxis de Franco Basaglia (1972, 277) se consolidaron como un referente para las ciencias

críticas de la salud, al evidenciar que el manicomio funcionaba como un dispositivo de exclusión y disciplinamiento más que como un espacio de cuidado. Por consiguiente, la enfermedad mental dejó de entenderse como un trastorno aislado y pasó a concebirse como un fenómeno atravesado por relaciones de poder, desigualdades estructurales y contextos históricos. Basaglia denunció además que el manicomio era “La institución cerrada, en tanto que mundo muerto en sí a partir del instante en que objetiviza al enfermo en sus reglas deshumanizantes, no ofrece otra alternativa fuera de la muerte” (342).

La publicación de *La institución negada* de Basaglia (1972) como una experiencia práctica y la posterior aprobación de la Ley 180 en Italia marcaron un punto de inflexión en la concepción de la salud mental. Estas transformaciones trascendieron la modificación de prácticas clínicas y dieron origen a un paradigma crítico que articulaba salud y derechos humanos. Para la salud colectiva, la experiencia impulsada por Basaglia mostró que la medicalización y el encierro no eran inevitables, sino construcciones históricas sujetas a disputa. En consecuencia, abrió la posibilidad de sustituir el modelo manicomial por dispositivos comunitarios que reconocieran la dignidad, la autonomía y la inclusión social de las personas.

Por este motivo, la crítica central de la antipsiquiatría se dirige contra la medicalización de la salud mental, mostrando cómo la psiquiatría se configuró como una institución de poder orientada a normalizar conductas y excluir a quienes no encajan en los parámetros dominantes. En este sentido, la locura deja de entenderse como un trastorno individual y aparece como una construcción social e histórica utilizada para sostener el orden y justificar prácticas de segregación y confinamiento (Foucault 1961). El sufrimiento psíquico expresa las contradicciones sociales propias del capitalismo, donde las instituciones médicas actúan como dispositivos de control que aseguran la reproducción del orden social y económico.

La medicalización de la locura se consolidó a partir de una mirada que transformó los síntomas en signos clínicos estandarizados, configurando un discurso que pretendía objetividad y neutralidad científica. Este enfoque permitió construir un saber médico sobre la mente, pero a costa de despojar al sufrimiento de su contexto social, histórico y humano (Foucault 1963). Al reducir la experiencia a categorías diagnósticas se borró la voz de quienes padecen y se reforzó una relación jerárquica entre el saber experto y el paciente. Frente a ello, la antipsiquiatría denuncia cómo la práctica psiquiátrica convirtió a las personas en objetos de observación, negando sus historias y condiciones de vida. En

consecuencia, plantea devolver centralidad a la experiencia subjetiva e interpelar un orden que patologiza la diferencia.

En esta línea, la medicalización puede entenderse en dos planos complementarios. Por un lado, representa la apropiación de problemas sociales, políticos o existenciales por parte del discurso médico, que los traduce en diagnósticos clínicos y patologiza experiencias propias de la vida humana (Illich 1975). Este proceso transforma el sufrimiento en un fenómeno individual y reduce la complejidad de la vida a categorías terapéuticas. Por ello, situaciones como la tristeza ante una pérdida o el dolor derivado de la violencia estructural son definidas como enfermedades. Al convertir a las personas en pacientes, se ocultan las causas profundas del malestar y se refuerza la idea de que la salud mental depende solo del tratamiento, desplazando la responsabilidad colectiva hacia el individuo.

El segundo plano de la medicalización se refleja en la creciente farmacologización, es decir el uso de medicamentos como respuesta casi automática a esos diagnósticos contruidos. Este fenómeno, que debería diferenciarse del concepto más amplio de medicalización, refuerza la dependencia de la industria farmacéutica y amplía el control biomédico sobre el cuerpo (Illich 1975). Frente a ello, la antipsiquiatría plantea la necesidad de avanzar hacia la desmedicalización, evitando que cada problema sea traducido en términos biomédicos. Es decir, solo una práctica arraigada en la transformación psiquiátrica y sanitaria puede abrir paso a una verdadera desinstitucionalización y a un cuidado integral que coloque en el centro la humanidad y la participación social (Amarante 2007, 53-4).

En síntesis, el encierro, la opresión y la invisibilización de quienes padecían sufrimiento mental han tenido un costo demasiado alto, miles de personas han muerto en instituciones psiquiátricas bajo condiciones degradantes. Basaglia denominó a estas prácticas, en el contexto de la posguerra como *crímenes de paz*, cometidos en nombre de la ciencia, la organización y la normalización (Amarante 2007, 56). Esta denuncia resume la violencia estructural que acompañó a la psiquiatría tradicional y refuerza la urgencia de construir alternativas comunitarias y democráticas que restituyan dignidad y reconozcan plenamente a las personas como sujetos de derechos.

Por estos motivos, la antipsiquiatría emergió como un movimiento que devolvió la voz y la experiencia a quienes habían sido reducidos al silencio en un campo dominado por la medicalización y el encierro. Al cuestionar la reducción de la locura a un déficit biológico, la resignificó como una respuesta existencial frente a estructuras sociales

opresivas. Más que negar el sufrimiento, planteó la necesidad de comprenderlo como experiencia humana y crítica social. Este giro abrió el camino para que en América Latina surgieran propuestas propias, donde las luchas contra el manicomio se entrelazaron con la defensa de la vida y los derechos humanos.

2.2. Aportes latinoamericanos a la antipsiquiatría

Los aportes latinoamericanos a la antipsiquiatría forman parte de un proceso histórico más amplio de cuestionamiento al modelo biomédico y al hospitalocentrismo. Estas experiencias dialogaron con los debates internacionales impulsados por Basaglia, Cooper y Laing, pero también se nutrieron de realidades propias marcadas por dictaduras, desigualdades sociales y luchas por los derechos humanos. En ese cruce de influencias y resistencias se consolidaron avances significativos y se gestaron hitos en países como Brasil, México y Argentina, donde la salud mental comenzó a concebirse como parte inseparable de la justicia social.

Una contribución decisiva fue profundizar en la desinstitucionalización, noción que, aunque en sus inicios estuvo asociada a la psiquiatría preventiva como simple deshospitización, adquirió en la región un sentido mucho más transformador. Paulo Amarante (2007, 51) advierte que superar el manicomio implica crear nuevas formas de cuidado arraigadas en el territorio y en la vida cotidiana de las personas, en lugar de limitarse a humanizar los espacios de encierro. Bajo esta mirada, la desinstitucionalización se entiende como un proceso social y político que busca desarticular las estructuras físicas, los discursos y prácticas que legitimaron la medicalización del sufrimiento.

Esta propuesta se concretó en experiencias de inclusión social como cooperativas de trabajo, residencias asistidas y centros comunitarios de salud mental, que ofrecieron alternativas reales frente al encierro y la exclusión (Amarante 2007, 51). Estas iniciativas buscaban restituir la autonomía de las personas y garantizar la salud mental como un derecho humano fundamental, reconociendo que esta no puede sostenerse bajo el control institucional. En América Latina, estos procesos asumieron un carácter político al enlazar la salud con la dignidad de los pueblos y con la participación activa de las comunidades. De este modo, los aportes latinoamericanos ampliaron la antipsiquiatría en donde la experiencia de la locura se resignifica dentro de las luchas colectivas como el derecho a una vida digna.

Otro aporte clave fue la construcción de alternativas comunitarias al manicomio, orientadas a generar nuevas prácticas clínicas que, al mismo tiempo redefinieron el vínculo entre salud mental y ciudadanía. Experiencias como la de Nise da Silveira en Brasil, a través del arte y la terapia ocupacional, mostraron que la expresión simbólica y la creatividad podían convertirse en poderosos dispositivos de cuidado frente a la coerción o la farmacologización. Estas propuestas evidenciaron que la locura debía comprenderse como un fenómeno social y no únicamente como una anomalía médica (Amarante 2007, 62).

Gracias a estos aportes, algunas nociones críticas de la salud lograron permear instituciones históricamente dominadas por el modelo biomédico. En este proceso, Hugo Cohen, psiquiatra argentino con amplia trayectoria en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se consolidó como figura central al impulsar reformas orientadas a superar el hospitalocentrismo e integrar la salud mental en redes comunitarias. Su propuesta dialoga con la salud colectiva al reconocer a la enfermedad mental como un proceso social atravesado por la pobreza, exclusión y desigualdades y no únicamente como un fenómeno clínico. A diferencia de las críticas europeas, Cohen adaptó estas ideas a las realidades latinoamericanas caracterizadas por fragmentación institucional e inequidad como determinantes estructurales del sufrimiento (Cohen 2009).

Por su parte, Ernesto Guinsberg (2006, 76-9) profundizó en la tradición crítica latinoamericana al cuestionar la hegemonía biomédica que reduce el sufrimiento psíquico a diagnósticos cerrados y prácticas medicalizadoras. Desde una mirada interdisciplinaria, señaló que la salud mental no puede desligarse de la pobreza, la exclusión y las condiciones estructurales que marcan la vida cotidiana. En su propuesta, la enfermedad mental debe entenderse como una construcción histórica y cultural, antes que como un fenómeno biológico. Esto implica reconocer la subjetividad y la diversidad de experiencias, evitando que el individuo sea tratado como objeto pasivo del sistema de salud. De esta forma, se planteó que el sufrimiento expresa contradicciones sociales más amplias, situando la salud mental como un campo político.

Uno de los aportes más significativos de Guinsberg (2006, 81) radica en repensar la salud mental desde el territorio en oposición al sistema neoliberal, reconociendo que el cuidado se construye colectivamente. Por ello se propone redes locales en contraste al modelo psiquiátrico tradicional y el poder hegemónico en salud mental, que impone categorías universales y medicalizadoras. Desde esta perspectiva, cuidar no implica anular el malestar ni suprimir la experiencia subjetiva, sino acompañarla con sentido, de

modo que las personas recuperen autonomía, voz y capacidad de decisión sobre su propia vida.

Sumado a ellos, Jairnilson Silva Paim (2008) aportó una base teórica decisiva para este debate desde la salud colectiva. El autor manifiesta que los problemas de salud se producen en el entramado de las relaciones sociales, económicas y culturales. Al analizar la construcción del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, Silva Paim mostró cómo la salud es un derecho y un bien colectivo, lo que implica diseñar políticas que reconozcan las determinaciones sociales de la salud y que garanticen equidad. Este aporte es clave para entender que las políticas de salud mental no pueden desligarse de las luchas sociales por dignidad y la justicia social

En definitiva, los aportes de Amarante y Guinsberg fueron decisivos para dar forma a una crítica latinoamericana al modelo psiquiátrico clásico. Amarante (2007, 31) planteó que la desinstitucionalización debía entenderse como un proceso social y político que desmonta tanto los muros del manicomio como los discursos que lo legitiman. Guinsberg (2006, 81), por su parte insistió en comprender la salud mental desde la cultura y el territorio frente al control hegemónico. Ambos coincidieron en que la transformación no podía limitarse a ajustes técnicos en los servicios, sino que debía generar alternativas democráticas capaces de restituir dignidad a quienes históricamente habían sido excluidos.

En esta misma dirección, Hugo Cohen y Jairnilson Silva Paim enriquecieron el campo desde perspectivas complementarias. Cohen (2007, 2009), con su trabajo en la OPS, impulsó la integración de la salud mental en la atención primaria y la construcción de redes comunitarias, adaptando las críticas antipsiquiátricas a contextos atravesados por fragmentación institucional. Silva Paim (2006), desde la salud colectiva y la epidemiología crítica, mostró que los procesos de salud y enfermedad están profundamente determinados por el modo de producción y las desigualdades sociales. En conjunto, estos autores consolidan una tradición crítica latinoamericana que nutre a la antipsiquiatría y propone un paradigma alternativo sustentado en la dignidad humana.

A partir de estas contribuciones se cristalizaron transformaciones sociales y políticas de gran alcance. En Brasil, la antipsiquiatría halló un espacio de trabajo en el marco de la reforma sanitaria y las luchas democráticas de las décadas de 1970 y 1980. Motivada en la experiencia de Basaglia, la Ley 10.216 de 2001 consolidó el proceso de desinstitucionalización impulsando los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) como alternativa al manicomio (Amarante 2007, 38). Como señala Amarante (2007), este

cambio consistió en promover la construcción de nuevas prácticas comunitarias orientadas a las personas con sufrimiento mental y no se limitó únicamente al cierre de hospitales.

En Argentina, las críticas al modelo manicomial se desarrollaron en paralelo a la recuperación democrática tras la dictadura militar. La Ley Nacional de Salud Mental de 2010 representó un hito, al establecer la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por dispositivos comunitarios y reconocer los derechos de las personas usuarias del sistema de salud. De esta forma, la tradición argentina vinculó la antipsiquiatría con la defensa de los derechos humanos y la reparación histórica frente a las violencias del autoritarismo. Este proceso también implicó un cambio cultural profundo al reconocer a las personas con sufrimiento psíquico como sujetos de derecho y no como objetos de tutela. Con ello, la salud mental se consolidó como un campo de ejercicio ciudadano y de construcción democrática (Huertas 2017).

En México, la influencia de la antipsiquiatría se articuló con la crítica a la desigualdad social y la necesidad de construir un sistema de salud más inclusivo. Aunque las reformas fueron más locales que en Brasil o Argentina, surgieron experiencias comunitarias y colectivos que denunciaron las condiciones de los hospitales psiquiátricos y promovieron la atención en el primer nivel de salud (Huertas 2017). Como señala Rodríguez (2021), la antipsiquiatría en México se expresó sobre todo a través de la lucha de usuarios, familiares y organizaciones civiles, que plantearon la salud mental como un derecho inseparable de la justicia. En este contexto, la crítica latinoamericana evidenció que no bastaba con modificar instituciones, era imprescindible transformar las condiciones estructurales que reproducen exclusión y estigma.

En Ecuador, a diferencia de países como Brasil, Argentina o México, donde los movimientos antipsiquiátricos se enlazaron con reformas legislativas y luchas democráticas, el proceso tuvo un carácter más fragmentado y discontinuo. Durante gran parte de su historia, la atención a la salud mental estuvo marcada por instituciones precarias que cumplían más una función de control social que terapéutica. El Hospital San Lázaro creado en el siglo XIX, se convirtió en emblema del modelo asilar al acoger a personas con diagnósticos psiquiátricos, pero también a personas huérfanas, alcohólicas y marginadas. Estas prácticas reflejaban un Estado débil, donde la salud mental se mantenía al margen de las prioridades públicas y dependía de iniciativas filantrópicas y religiosas (Pazmiño, Iriarte y Játiva 2022, 117-8).

Este contexto generó una trayectoria distinta a la de otros países latinoamericanos, pero también abrió debates característicos del contexto ecuatoriano. Desde mediados del siglo XX, psiquiatras como Julio Endara y Fernando Casares empezaron a cuestionar de alguna forma la visión biomédica dominante proponiendo lecturas que relacionaban la enfermedad mental con factores sociales. Si bien, sus ideas no fueron radicales frente al modelo hospitalario, su labor permitió visibilizar la precariedad de las instituciones psiquiátricas y evidenciar que el encierro estaba asociado al castigo y la estigmatización. Así, aunque Ecuador no vivió una ruptura definitiva como Italia o Brasil, sí desarrolló un campo crítico que sentó las bases para posteriores intentos de reforma (Pazmiño, Iriarte y Játiva 2022, 119).

Ya en el siglo XXI, con el Plan Nacional de Salud Mental 2014-2024 se buscó superar el enfoque hospitalocéntrico y orientar el sistema hacia la comunidad. La propuesta apostaba por la desinstitucionalización, la atención primaria y la integración intersectorial, en línea con las tendencias críticas de la región. No obstante, las tensiones políticas, la escasez de recursos y la persistencia de lógicas biomédicas limitaron su alcance. Estas particularidades muestran que la experiencia ecuatoriana ha sido más un proceso de transición que de ruptura, donde conviven prácticas de encierro con iniciativas comunitarias (Pazmiño, Iriarte y Játiva 2022, 120-1). En este sentido, Ecuador aporta al debate latinoamericano una perspectiva que combina crítica y resistencia, pero también las dificultades de transformar un sistema marcado por la desigualdad histórica.

En América Latina, las reflexiones contemporáneas continúan nutriendo el pensamiento crítico en salud y fortaleciendo los debates en torno a la antipsiquiatría. Autores como Castiel y Álvarez-Dardet (2007, 462-3) alertan sobre cómo los sistemas sanitarios siguen anclados en la lógica biomédica y farmacológica, donde la vida es regulada y vigilada bajo el discurso de la responsabilidad individual. Esta racionalidad convierte el cuidado en una forma de control y el sufrimiento en un asunto privado que debe ser corregido, ocultando sus raíces sociales y colectivas. En este sentido, los autores invitan a recuperar la salud como práctica emancipadora, fundada en la autonomía, la solidaridad y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la propia vida.

Al mostrar que la expansión de diagnósticos, tratamientos y discursos del riesgo responde también a intereses políticos, económicos y morales, Castiel y Álvarez-Dardet (2007, 463) contribuyen a entender que la antipsiquiatría latinoamericana es una lucha social contra las formas de dominación del capitalismo contemporáneo. Desde esta perspectiva, el sufrimiento psíquico deja de verse como una desviación individual y pasa

a reconocerse como un reflejo de las condiciones estructurales de desigualdad, precarización y exclusión que atraviesan los territorios. Esta lectura amplía el campo de la salud mental al vincularlo con los procesos de democracia, participación y ciudadanía, situando la crítica psiquiátrica como eje de proyectos emancipadores de la región.

En esta línea, trabajos más recientes actualizan el debate sobre antipsiquiatría, salud mental y derechos humanos, mostrando que los procesos de desinstitutionalización y la construcción de servicios comunitarios no se quedaron en simples reformas técnicas. Por el contrario, constituyen expresiones de luchas sociales que buscan defender la dignidad y garantizar derechos en contextos marcados por desigualdad y violencia política. Estos enfoques aportan al campo antipsiquiátrico latinoamericano al subrayar que la atención comunitaria debe reconocer la diversidad cultural y las experiencias históricas que caracterizan a la región (Rodríguez 2021).

La importancia de estos planteamientos radica en destacar que la antipsiquiatría latinoamericana debe situarse en su propio contexto de desigualdades, resistencias y prácticas comunitarias, en lugar de reproducir modelos europeos. Su desafío es contribuir a la construcción de una propuesta de salud mental arraigada en la memoria colectiva, la justicia social y la participación ciudadana, especialmente en contextos atravesados por precarización y exclusión. Desde esta perspectiva, se busca reconocer las experiencias locales como fuentes legítimas de conocimiento y proponer formas de cuidado situadas. Estas prácticas fortalecen la autonomía, la dignidad y los vínculos comunitarios en realidades contemporáneas.

Antipsiquiatría y salud colectiva

Por consiguiente, la articulación entre la antipsiquiatría y la salud colectiva constituye un campo de encuentro para repensar críticamente los procesos de salud mental desde una perspectiva emancipadora. Esta relación aporta una lectura profunda del sufrimiento como experiencia social e histórica. Desde esta mirada conjunta, el padecimiento mental deja de entenderse como una alteración individual y pasa a ser comprendido como una manifestación de las desigualdades estructurales, las violencias simbólicas y las exclusiones que atraviesan a los cuerpos y las comunidades. En este encuentro, la salud colectiva propone una praxis que reconozca el sufrimiento como un fenómeno político y social que interpela a las instituciones y exige respuestas políticas y colectivas.

Donde la comprensión del malestar psíquico se amplía al reconocer que no puede desligarse de las condiciones históricas y estructurales que lo producen, y posiciona el lugar que ocupan los lazos comunitarios frente a la exclusión y la precarización de la vida (Stolkiner 2013). Por ende, la confluencia entre la salud colectiva y la antipsiquiatría impulsa la construcción de una salud mental situada, comunitaria y crítica orientada a cuestionar y cambiar las condiciones que los generan. Esta intersección de pensamiento abre el camino a nuevas propuestas que buscan comprender cómo las prácticas territoriales y las redes comunitarias fortalecen la salud mental como un derecho y como un proceso colectivo de emancipación.

Esta propuesta crítica se nutre de la riqueza de las experiencias latinoamericanas, que comprenden el sufrimiento psicosocial como una expresión humana que debe ser acompañada desde el respeto, la inclusión y el reconocimiento de la dignidad, y no ser tratado como una amenaza a controlar. Al hacerlo, se construye una propuesta capaz de transformar la atención y la sociedad conjuntamente, orientando las prácticas hacia la democracia, la equidad y los derechos. Es de este modo que América Latina tiene la oportunidad de ofrecer al mundo un modelo alternativo de salud mental que sea crítico, comunitario y profundamente humanizador.

La participación comunitaria se convierte en un componente esencial para una salud mental transformadora. El objetivo va más allá del diseño de servicios accesibles y busca reconocer a las comunidades como sujetos activos en la producción de salud y en la definición de sus propias estrategias de bienestar. Las redes barriales, las familias y los colectivos aportan saberes, vínculos y prácticas que fortalecen los procesos de cuidado, prevención y recuperación desde el territorio (Bang y Stolkiner 2013, 133-4). Al incorporar estas experiencias, se rompe con la verticalidad de la psiquiatría tradicional y se promueven relaciones basadas en la confianza, la solidaridad y el reconocimiento mutuo.

En este marco, los aportes de la antipsiquiatría suman a la propuesta de sistematización y análisis de experiencias en Santa Rita desde la crítica a la medicalización del sufrimiento y a las lógicas de encierro que históricamente han organizado la atención en salud mental. En el territorio, esta perspectiva se reconoce con fuerza en prácticas comunitarias que priorizan el acompañamiento, la escucha y la construcción de vínculos. La experiencia de Santa Rita dialoga con la desinstitucionalización al situar el cuidado fuera de los dispositivos formales y anclarlo

en la vida cotidiana del barrio. De esta forma, la antipsiquiatría contribuye una lectura que legitima saberes locales y prácticas no medicalizadas.

3. Redes y participación comunitaria

El concepto de *comunidad* ha sido uno de los más utilizados en el campo de la salud y las ciencias sociales, pero no siempre de manera crítica ni ética. Generalmente, lo comunitario se ha reducido a una noción instrumental que equipara de forma tradicional la participación con pasividad, limitándola a la recepción de un servicio o programa diseñado desde afuera (Bang y Stolkiner 2013). De forma que, el uso indiscriminado del término *comunidad* presenta el riesgo de despojarlo de su complejidad, transformándolo en un escenario técnico que facilita intervenciones externas sin cuestionar las estructuras que producen sufrimiento. De allí la necesidad de resignificar la idea de comunidad, planteada como un proceso social y político en lugar de reducirla a un espacio pasivo de intervenciones (Rodríguez y Montenegro 2016, 16-7).

Pensar la comunidad desde un enfoque crítico requiere ir más allá de la visión estandarizada que la reduce a un público perfectamente cohesionado y complaciente, donde las dinámicas relacionales transcurren sin tensiones. La experiencia de la salud colectiva y la psicología comunitaria muestra que la comunidad es un entramado más complejo de relaciones, atravesada por desigualdades, conflictos y disputas de poder. Dado que, la comunidad no se reduce a un lugar homogéneo ni a un territorio estático, al contrario, se basa en relación y decisión compartida, donde el nosotros también deviene en *nos-otros*, un encuentro que ocurre desde la heterogeneidad y que confiere importancia al reconocimiento de la oposición (Rodríguez y Montenegro 2016, 17).

Por este motivo, Rodríguez y Montenegro (2016, 17) sostienen que lo comunitario se constituye en la diferencia y no desde una base uniforme. Desde esta mirada, la comunidad es un espacio donde la diversidad y el conflicto no debilitan lo común, sino que lo hacen posible. Surge así la noción de *comunidad contingente*, que entiende lo común como una red dinámica de vínculos que se transforma ante problemas compartidos. Esta perspectiva reconoce la multiplicidad como condición del lazo social y valora la experiencia como fuerza que une sin homogeneizar. En suma, la comunidad es un proceso en construcción constante que articula reconocimiento, decisión colectiva y prácticas de cuidado orientadas a la transformación.

No obstante, existen varios desafíos actuales para que este sentido de comunidad llegue a cristalizarse. Por una parte, se destaca una crisis del lazo social marcada por la

expansión de lógicas de consumo y competencia capitalistas que debilitan el sentido de pertenencia. Por otra parte, el sufrimiento suele fragmentarse y privatizarse, de modo que el dolor se concibe como un asunto individual y una responsabilidad personal a diferencia de reconocerse como una cuestión pública o una demanda colectiva. Además, el riesgo de despolitización, cuando lo político se tecnifica emergen “ortopedias sociales del sufrimiento” que administran la participación, vacían el conflicto y devuelven la responsabilidad del daño a quienes lo padecen (Rodríguez y Montenegro 2016, 18).

En este último punto, es importante destacar que cuando el sufrimiento psíquico se experimenta en soledad tiende a privatizarse y cronificarse. Sin embargo, al ser compartido en redes comunitarias ese dolor adquiere un nuevo sentido político y colectivo. Lo que antes era una experiencia aislada se convierte en una demanda social que exige respuestas. Este proceso de lo privado a lo público transforma a las redes en espacios protectores de salud, donde se tejen vínculos de cuidado mutuo y se amplifican demandas que antes estaban silenciadas (Rodríguez y Montenegro, 18). En ese proceso las comunidades producen ciudadanía, pues se reconocen como actores políticos con derecho a decidir sobre su enfermedad, salud y cuidado. Por lo cual, el sufrimiento se resignifica como posibilidad de lucha compartida y de construcción de dignidad.

Frente a este contexto, Rodríguez y Montenegro (2016, 15-20) proponen tres líneas de acción articuladas para las redes. Primero, analizar en cada territorio cómo operan los mecanismos de diferenciación y control para medir su impacto en los lazos comunitarios y organizar una estrategia común. Segundo, redefinir comunidad desde la multiplicidad esto es construir acuerdos en la diversidad, abrir espacios de contrapoder y fortalecer la decisión desde abajo. Tercero, practicar una “arqueología del lugar”, que implica hacer visibles y robustecer las luchas invisibles por la dignidad (redes, asambleas, comités, radios y también movilizaciones). En conjunto, estas líneas buscan repolitizar el cuidado y organizar redes que aborden el malestar como asunto público y construyan transformaciones concretas.

En definitiva, la comunidad se define por su dimensión intersubjetiva, entendida como un sentido de pertenencia que permite a las personas reconocerse como parte de un nosotros y vincularse en prácticas de cuidado, deliberación y responsabilidad compartida, más allá del territorio o de la homogeneidad de sus integrantes. Esa pertenencia genera lazos de confianza y compromiso que consienten la organización. De este modo, comunidad nombra a un colectivo que se autoidentifica como tal (grupo, red, asamblea, etc.), cuya unión no depende de la homogeneidad sino de la decisión de estar y hacer con

otros y otras, sosteniendo diferencias sin anularlas y convirtiéndolas en base para proyectos comunes (Rodríguez y Montenegro 2016, 16-8).

3.1. Redes comunitarias en salud colectiva

La participación comunitaria constituye un pilar central en los procesos de salud desde la perspectiva de la salud colectiva. Más allá de ser un simple mecanismo de consulta o validación, supone reconocer a la comunidad como sujeto activo de decisión y productor de salud y conocimiento. En este sentido, la salud colectiva en América Latina propone superar la visión reduccionista de la salud como servicio y entenderla como proceso social, histórico y político. Por lo cual, la participación implica disputar sentidos, reorganizar el poder y fortalecer la capacidad de las comunidades para incidir en sus propias condiciones de vida (Stolkiner 2022, 2-4).

Desde la Declaración de Alma-Ata de 1978 la participación comunitaria fue incorporada en numerosos programas de salud. Empero, en la mayoría de los casos se la entendió de manera normativa, homogeneizando a las comunidades y concibiéndolas como grupos neutros. Frente a esta limitación, la salud colectiva retoma la teoría de redes como una perspectiva que reconoce la complejidad y diversidad de lo comunitario. Se trata de una actualización crítica de la teoría general de sistemas, que incorpora los aportes del paradigma de la complejidad en un contexto marcado por la fragmentación social. En esta visión, la unidad de análisis se ubica en el vínculo entre sujetos, no en el individuo aislado ni en la institución, lo que abarca entramados multicéntricos, abiertos y heterogéneos que toman forma de redes (Bang y Stolkiner 2013, 127-31).

Los aportes de la teoría de redes en la salud colectiva se reflejan en su capacidad para cuestionar y superar la lógica piramidal de los sistemas de atención, y también reconoce el papel activo de los actores sociales en la producción de salud. Este enfoque impulsa la democratización de la información y promueve prácticas horizontales que fortalecen la autonomía de las comunidades. Además, comprende a la comunidad como un tejido diverso de relaciones que generan procesos de cuidado mutuo y resistencia. Así, las redes pueden convertirse en espacios protectores de la salud mental y de la vida compartida, visibilizando que lo colectivo es una fuente de sentido y bienestar psicosocial (Bang y Stolkiner 2013 127-31).

Por lo tanto, hablar de redes en salud resulta crucial porque pone en el centro lo subjetivo y lo social, concebido desde la organización colectiva y no únicamente desde sistemas que unifican y absorben. En esta línea, Dabas y Perrone (1999) define las redes

como entramados que sostienen relaciones múltiples y horizontales, capaces de articular recursos, experiencias y sentidos en función del cuidado compartido, en sus palabras:

La red es un sistema abierto, multicéntrico que, a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo e integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes, al ser éstos socialmente compartidos. (Dabas y Perrone 1999, 3)

Desde la teoría de redes se presentan diferentes niveles de abordaje que engloban la complejidad de los procesos de cuidado y organización social. Dabas y Perrone (1999, 9-20) plantean cinco dimensiones articuladas de redes en salud: la red personal, conformada por vínculos significativos que actúan como soporte; la red comunitaria, donde se articulan actores sociales y equipos de salud en torno a diagnósticos y acciones colectivas; la red institucional, que busca superar la rigidez piramidal impulsando proyectos interdisciplinarios; la red de servicios, orientada a articular subsistemas y niveles de atención; y la red intersectorial, que vincula la salud con otros campos como educación, justicia o ambiente para abordar problemáticas sociales complejas, entre ellas la violencia, las adicciones o la desigualdad ambiental.

En coherencia el objetivo de la investigación, la atención se centra en la red comunitaria como un espacio donde los lazos sociales desempeñan un papel esencial en la construcción de bienestar psicosocial. Debido a que, la comunidad se comprende como un entramado dinámico de relaciones que generan sentido, apoyo y continuidad a la experiencia compartida (Dabas y Perrone 1999, 4-5). Desde esta perspectiva, los vínculos no solo sostienen a las personas frente al malestar, sino que también configuran prácticas colectivas capaces de producir cuidado y fortalecer la vida comunitaria.

Ahora bien, es importante entender como las redes comunitarias se configuran como espacios de articulación que atraviesan al Estado, el mercado y la sociedad civil, poniendo en evidencia las tensiones de los sistemas de salud. Silva Paim (1992, 151) señala que toda práctica sanitaria refleja la estructura social, por lo que la participación y las redes deben leerse en un marco socioeconómico más amplio. Más que simples dispositivos técnicos, expresan la forma en que las comunidades enfrentan contradicciones estructurales como pobreza, exclusión y violencia. De este modo, las redes comunitarias reflejan la capacidad de los sujetos para construir respuestas colectivas en escenarios donde lo sanitario se entrelaza con lo político y lo social.

En este sentido, la participación no es solo asistencia, sino un proceso dinámico de articulación donde circulan saberes, recursos y decisiones. Las redes comunitarias pueden entenderse como tejidos abiertos que ponen en evidencia las disputas de poder, los conflictos presentes y las oportunidades de generar procesos emancipadores en el campo de la salud (Montero 2006, 146-7). Por ende, la salud colectiva coloca la voz de los actores comunitarios en el centro de la construcción de políticas y prácticas de salud, evitando que la investigación y la intervención se reduzcan a acciones verticales o tecnocráticas.

En una lectura más actual, Stolkiner (2022, 1) recuerda que la tradición latinoamericana de salud colectiva nació precisamente de esta articulación entre salud, reproducción y movimientos sociales. Por ello, las redes comunitarias resignifican la participación como proceso político que conecta lo micro con lo macro. No se trata únicamente de actividades barriales o de base, se configura también como un modo de producción de salud que disputa sentidos frente a la mercantilización y la verticalidad de los sistemas de salud. Reconocer a las comunidades como sujetos epistémicos implica valorar su capacidad de construir diagnósticos propios, generar solidaridad y sostener prácticas de cuidado.

A su vez, con aportes de Onocko-Campos, Davidson y Desviat (2021) se plantea que las redes comunitarias constituyen un soporte esencial para la garantía de los derechos humanos, especialmente en contextos donde el Estado no responde de manera equitativa ni justa frente a las necesidades de la población. Puesto que, estas respuestas no pueden reducirse a la provisión de tratamientos, sino que deben orientarse a garantizar condiciones dignas de vida que preserven la salud en su integralidad. Desde una perspectiva crítica y situada, las redes son expresiones de resistencia y de democratización de la vida cotidiana. En ellas se reafirman prácticas de cuidado que articulan lo ético, lo político y lo afectivo, permitiendo reivindicar la salud como un derecho colectivo y no como un servicio médico individual.

En esta línea, Vázquez et al. (2018) advierten que el actual contexto latinoamericano presenta una paradoja, las crisis económicas, políticas y sanitarias han profundizado la desigualdad, pero también han abierto un horizonte de transformación social. En medio de la fragmentación institucional, surgen experiencias comunitarias que reinventan la salud como un proceso social, cultural y político, anclado en la solidaridad y la participación colectiva. Estas iniciativas, aunque locales y muchas veces precarias, revelan un potencial al cuestionar las lógicas verticales del sistema de salud, proponiendo

modelos que articulan justicia social, interculturalidad y derechos humanos. Por consiguiente, las redes comunitarias se afirman como espacios para sostener la vida y resignificar la salud.

Tensiones, poder y desigualdades en las redes comunitarias

No obstante, las redes comunitarias como formas de organización no son unívocas ni deben ser romantizadas, pues algunas redes reproducen lógicas estatales o mercantiles y operan como dispositivos de control social. Otras, en cambio sí se consolidan como espacios de resistencia capaces de ampliar derechos y proteger desde la colectividad (Stolkiner 2022, 3-4). Esta ambivalencia exige sostener una mirada crítica que permita distinguir entre las experiencias que fortalecen la solidaridad y el cuidado y aquellas que reproducen y perpetúan desigualdades en los territorios. En este sentido, estudiar las redes comunitarias implica reconocer las tensiones que atraviesan su funcionamiento.

En tanto, las redes comunitarias no son escenarios libres de conflicto. En su interior hay desacuerdos sobre las acciones colectivas, la distribución de responsabilidades o las formas de representación del territorio. Estas disputas reflejan trayectorias sociales diversas, intereses heterogéneos y experiencias de vida que se entrecruzan en la organización social. Desde la salud colectiva, estos conflictos forman parte de los procesos sociales que configuran el trabajo colectivo, negociando sentidos, prioridades y formas de organización en contextos atravesados por desigualdades estructurales (Stolkiner y Ardila 2012).

A su vez, estos sistemas también están atravesados por relaciones de poder como extensión de lo estructural. La participación no se distribuye de forma equitativa, ya que el acceso diferencial a información, recursos o legitimidad comunitaria puede influir en quiénes toman decisiones y representan a la comunidad. Estas asimetrías muestran que lo comunitario no escapa a las jerarquías sociales presentes en el territorio. En esta dimensión cobra especial relevancia la desigualdad de género, que incide en las formas de participación y reconocimiento en el espacio público, en donde las relaciones entre lo femenino y lo masculino configuran posiciones diferenciadas de poder y autoridad (Lagarde 2012).

Esto implica analizar la tensión comunitaria asociada al trabajo de cuidado sostenido por las mujeres. En varios procesos organizativos son ellas quienes asumen las tareas de cuidado, acompañamiento, articulación y contención frente a situaciones de malestar. Estas prácticas resultan fundamentales para sostener los vínculos y la

continuidad de las redes comunitarias. Al mismo tiempo, evidencian la persistencia de la división sexual del trabajo, que asigna de manera desproporcionada a las mujeres la responsabilidad del cuidado y de la reproducción cotidiana de la vida en todos sus niveles (Batthyány 2004).

Este papel central en las tareas de cuidado no implica una participación equivalente en los espacios de decisión y poder. Ya que, en diversos procesos comunitarios se observa que, aunque las mujeres sostienen gran parte del trabajo organizativo, las posiciones de autoridad, representación o visibilidad pública pueden concentrarse en otros actores. Esta tensión muestra que las redes comunitarias están atravesadas por jerarquías de género presentes en la estructura social, lo que exige analizar críticamente cómo se distribuyen el poder, el reconocimiento y la capacidad de decisión dentro de lo comunitario (Bang y Stolkiner 2013; Lagarde 2012).

En esta línea, en el barrio Santa Rita las redes comunitarias se desarrollan en un escenario atravesado por precariedad urbana, desigualdades sociales y múltiples formas de violencia estructural. De modo que, los procesos organizativos articulan prácticas de cuidado, disputas internas y esfuerzos sostenidos por fortalecer la vida colectiva. Reconocer estas tensiones evita miradas idealizadas sobre lo comunitario y permite comprender que la organización social se construye en condiciones complejas y contradictorias. Aun así, estas experiencias muestran la capacidad del territorio para generar respuestas colectivas frente al malestar.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, las redes comunitarias se analizan como tramas sociales que exceden lo instrumental y expresan las disputas presentes en la vida social. En determinados contextos pueden reproducir jerarquías y lógicas de dominación y en otros, consolidarse como espacios de cuidado y resistencia que cuestionan la mercantilización y la medicalización de la salud (Stolkiner 2022, 2-4). En este sentido, fortalecer los procesos organizativos que emergen desde las comunidades resulta clave para consolidar prácticas colectivas de cuidado y potenciar procesos protectores que generan vínculos, contención social y condiciones favorables para la salud mental.

3.2. Trabajo comunitario

En consecuencia, el trabajo comunitario con redes debe entenderse como una praxis ética y política orientada a la transformación social, más allá de la provisión de servicios puntuales. Maritza Montero (2004, 77-80) plantea que su horizonte es emancipador, pues busca generar autonomía y fortalecer las capacidades colectivas frente

a las desigualdades estructurales. Esto exige reconocer a las comunidades como sujetos activos capaces de producir conocimiento y acción transformadora. Desde esta mirada, el trabajo comunitario cuestiona la verticalidad asistencialista y tecnocrática que aún predomina en muchas políticas e instituciones de salud, para convertir el cuidado en un acto político (Stolkiner 2013).

Con este objetivo, el modelo participativo rompe con la lógica vertical que históricamente subordinó a las poblaciones a decisiones externas al situar a las comunidades como sujetos de conocimiento. Este enfoque desplaza la centralidad de los expertos y reconoce la capacidad de los actores locales para producir análisis y alternativas propias. De esta manera, la praxis comunitaria genera conocimiento territorializado y abre espacios de horizontalidad que cuestionan la concentración del poder y del saber en manos institucionales favoreciendo procesos de democratización social (Montero 2006).

En este sentido, la investigación acción participativa (IAP) ocupa un lugar fundamental dentro del trabajo comunitario. Está propuesta no se reduce a un método técnico, pues constituye un proceso político que rechaza la investigación extractivista y apuesta por la producción compartida de conocimiento. A diferencia de los enfoques tradicionales que extraen información sin retorno a las comunidades, la IAP fomenta diagnósticos y soluciones construidos colectivamente reconociendo a las personas como protagonistas y no como objetos de estudio. Por ello, se establece un diálogo estrecho con la salud colectiva ya que cuestiona jerarquías y fortalecer procesos emancipadores que impactan tanto en la acción social como en la generación de saberes críticos (Montero 2006, 146-8).

Aunque esta tesis se plantea como una sistematización crítica su base se establece en experiencias colectivas que emergen de procesos organizativos y de trabajo barrial en Santa Rita desarrollados entre 2023 y 2025. La sistematización de estas prácticas resulta esencial porque recupera los aprendizajes construidos en procesos comunitarios evitando que queden invisibilizados o fragmentados. Dado que, el trabajo comunitario no se limita a generar acciones inmediatas también produce saberes y sentidos colectivos que deben ser reconocidos y socializados. La sistematización se convierte en un ejercicio que otorga valor a la memoria social, a los vínculos construidos y que visibiliza las estrategias desarrolladas por las comunidades para enfrentar contextos de desigualdad (Montero 2006; Jara 2018).

En consecuencia, analizar las redes comunitarias como procesos protectores exige también repensar el trabajo comunitario y la participación social, superando su reducción a un requisito administrativo orientado a legitimar decisiones externas impuestas por los modelos dominantes. Desde las ciencias críticas de la salud la participación se entiende como una práctica de poder compartido (Montero 2006, 134). En este marco, la sistematización de las experiencias del barrio Santa Rita no solo recupera memoria y aprendizaje colectivo, sino que se constituye en un acto político y epistémico que reafirma la capacidad de los pueblos para generar respuestas propias y construir salud.

Se evidencia la necesidad de consolidar una noción crítica de salud mental que articule los aportes del trabajo comunitario, la participación y las ciencias críticas de la salud. Esta perspectiva trasciende las categorías clínicas y las respuestas individuales reconociendo que el sufrimiento tiene raíces históricas, sociales y políticas, y que las comunidades poseen la capacidad de resignificarlo colectivamente. Una salud mental sustentada en la salud colectiva, la epidemiología crítica, la antipsiquiatría y sobre todo en la participación comunitaria se configura como una propuesta que acompaña, protege y emancipa. Solo desde esta mirada integral es posible articular teoría y práctica en una propuesta ética y política, donde las redes comunitarias y el trabajo colectivo se constituyen como procesos protectores de salud.

4. Hacia una salud mental crítica, colectiva y emancipadora

Partiendo de las experiencias de participación y del potencial protector de las redes comunitarias, resulta necesario avanzar hacia una propuesta actual y situada de salud mental latinoamericana. Este enfoque busca articular un concepto nacido de las realidades y desafíos propios de la región, superando los límites de los modelos hegemónicos que aún reducen el sufrimiento humano a síntomas individuales o secuelas (Rodríguez 2010). Esta propuesta reconoce la salud mental como un proceso que se configura en el entramado de relaciones y en la memoria de las resistencias frente a la exclusión y la precarización, más allá de la adaptación sintomática o la ausencia de enfermedad.

Se parte de reconocer que la definición contemporánea y dominante de salud mental promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pese a incorporar algunos avances mantiene limitaciones claras. Dado que, la salud mental se define como un estado de bienestar que permite a las personas afrontar el estrés, desarrollar sus capacidades, trabajar y participar en la vida comunitaria. Este concepto reconoce la salud mental como un proceso atravesado por factores individuales, familiares, comunitarios y

estructurales que pueden operar como factores de protección o de riesgo. Asimismo, se señala que muchas afecciones pueden tratarse de manera eficaz y a bajo costo, pero no se ha logrado por las limitaciones de recursos y brechas en el acceso en los sistemas de salud a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud 2025, párr. 1-4).

Esta definición mantiene una mirada funcional de la salud mental al ubicarla como una condición que permite a las personas adaptarse y desempeñarse en la vida social y productiva. De esta forma, el bienestar se asocia a la capacidad individual de afrontar el estrés y mantener un funcionamiento esperado dentro del orden social y modo de producción vigente. Ello, desplaza el análisis de las condiciones sociales que producen sufrimiento y centra la atención en la adaptación de los sujetos a contextos adversos. En contraste, los enfoques de la salud colectiva y la antipsiquiatría proponen comprender el malestar como una experiencia social, vinculada con las desigualdades, las violencias estructurales y las condiciones de vida (Stolkiner 2013).

Al mismo tiempo, esta definición continúa enfatizando los factores de riesgo y de protección, enfoque que ya ha sido problematizado al explicar los fenómenos de salud a partir de asociaciones causales entre variables. Esta perspectiva fragmenta la complejidad del proceso salud-enfermedad y pondera interpretaciones lineales con causas específicas del daño o de la protección. Como se ha señalado desde la epidemiología crítica esta forma de análisis resulta insuficiente, pues limita una comprensión más profunda de la determinación social de la salud. Por ello, se propone superar el análisis centrado en factores y avanzar hacia el estudio de procesos que producen y sostienen dinámicas protectoras o malsanas en la vida (Breilh 2023).

Frente a las limitaciones de la definición hegemónica de salud mental, el desafío consiste en articular los aportes de las corrientes críticas de salud en una propuesta situada y emancipadora, capaz de acompañar y transformar las realidades de los territorios y responder a los desafíos de contextos actuales como el ecuatoriano. Por este motivo, se propone el término salud mental crítica, entendida como un proceso histórico, social y comunitario que se distancia de las visiones funcionales e individualizantes y se centra en la defensa y protección de la salud mental como un proceso colectivo.

La salud mental crítica se configura como una propuesta de pensamiento y acción que dialoga de manera complementaria con la salud colectiva, la epidemiología crítica y la antipsiquiatría. Desde la salud colectiva retoma una comprensión integral y relacional de la salud, vinculada con las condiciones de vida, los vínculos comunitarios y las luchas por los derechos humanos (Almeida Filho y Silva Paim 1999, 21-22). Por su parte, la

epidemiología crítica aporta la noción de determinación social y de procesos protectores, permitiendo interpretar el sufrimiento psicosocial en relación con estructuras históricas, modos de producción y condiciones territoriales (Breilh 2023, 28).

A ello se suma la crítica de la antipsiquiatría a la patologización del malestar y a la medicalización de experiencias humanas atravesadas por desigualdades y violencias (Amarante 2007). En este sentido, la salud mental crítica no constituye una simple extensión de estos enfoques, sino un campo que articula sus aportes para analizar las experiencias de sufrimiento psíquico desde una perspectiva contrahegemónica. Esta articulación permite ubicar la salud mental en el campo de las relaciones sociales, las disputas de poder y las condiciones materiales de existencia. En este marco, la salud mental se reconoce como una construcción colectiva vinculada con las capacidades comunitarias de organización, resistencia y cuidado de los territorios.

Además, la formulación de un concepto crítico y vigente de salud mental resulta prioritario en un contexto donde aún predominan definiciones que tienden a la unidimensionalidad. Estas visiones se centran en el individuo, colocando a las personas como *pacientes* o *usuarios* y reduciendo el sufrimiento humano a síntomas clínicos (Martín-Baró 1984, 58-9). Al hacerlo, invisibilizan la determinación social y los procesos históricos que configuran el sufrimiento, llegando a patologizar acciones cotidianas. Y como se ha explicado, cuando se reconocen otras dimensiones suelen relegarse a factores secundarios, sin reflejar la complejidad ni las raíces estructurales del sufrimiento (Breilh 2013).

La salud mental crítica comparte puntos de encuentro con la psicología de la liberación y la psicología comunitaria, aunque no se trata de una equivalencia sino de un diálogo enriquecedor. Dado que, estas corrientes brindan insumos decisivos al cuestionar la predominio de los modelos importados, denunciar la reducción individualizante del sufrimiento y cuestionar el papel que tiene el psicólogo/a (Martín-Baró 1984, 76-8). Si bien, la salud mental crítica se nutre de estos aportes su contraste radica en que se configura como una propuesta interdisciplinaria que a su vez dialoga con la epidemiología crítica, la salud colectiva y la antipsiquiatría.

Sobre los aportes más relevantes de la psicología de la liberación a la salud mental crítica tenemos el pensamiento de Ignacio Martín-Baró (1984, 62-3), quien denunció cómo la psicología había sido usada como un instrumento funcional al orden dominante al importar teorías y métodos de países lejanos a los territorios de la región. Su crítica señaló que, al reproducir el positivismo, el individualismo y el ahistoricismo, la disciplina

terminó reduciendo el sufrimiento a un problema individual, desconectado de sus causas estructurales. Con ello, la psicología invisibilizó las opresiones que originaban el sufrimiento y legitimó la marginalidad y las desigualdades al naturalizar el dolor social como una enfermedad individual.

Frente a esta situación, Martín-Baró planteó la necesidad de recuperar la memoria histórica y desideologizar la vida cotidiana, reconociendo que el malestar psíquico no puede desligarse de los procesos sociales y políticos que atraviesan a los pueblos. Su propuesta de una psicología de la liberación abrió un campo en el que el sufrimiento psicosocial debía comprenderse en un marco histórico y colectivo. Desde esta mirada, la salud mental deja de ser un estado individual de adaptación y se convierte en la capacidad de las comunidades para resistir, organizarse y transformar su realidad. Este enfoque cuestiona la supuesta neutralidad del psicólogo/a y exige situarlo junto a los oprimidos, acompañando sus luchas y configurando una praxis comprometida con la emancipación (Martín-Baró 2006).

En el campo de la psicología comunitaria, destacan los aportes de Montero (2004), quien propone comprender esta práctica como un ejercicio ético y político que busca transformar la realidad social. Lejos de reducirse a un área más específica de la psicología, plantea que debe entenderse como una praxis sustentada en la solidaridad, el cuidado mutuo y la construcción de significados colectivos. Desde esta perspectiva, surge la idea de *validez psicopolítica*, que invita a analizar cómo las estructuras de poder atraviesan el bienestar psicosocial influyendo tanto en las experiencias individuales como en los procesos colectivos. Por ello, la investigación deja de ser un acto técnico e imparcial para convertirse en una experiencia participativa orientada a fortalecer la autonomía y la capacidad organizativa de las comunidades.

Este enfoque redefine el sentido de bienestar al entenderlo como resultado de la equidad en el acceso a derechos, recursos y condiciones de vida digna. Desde esta perspectiva, el trabajo comunitario busca transformar las estructuras sociales que generan sufrimiento más allá del acompañamiento individual. Su propósito es fortalecer la autonomía y la organización colectiva, promoviendo prácticas de cuidado que favorezcan la justicia social (Montero 2006, 186-90). En este sentido, la psicología comunitaria aporta a la salud mental crítica una base metodológica que reconoce a las comunidades como generadoras de conocimiento y como actores centrales en los procesos emancipadores y de transformación social.

De este modo, el concepto de salud mental crítica se nutre del diálogo entre la psicología de la liberación y la psicología comunitaria, abriendo la posibilidad de repensar la salud mental desde un lugar situado en América Latina. Esta perspectiva coloca en el centro las voces y experiencias de quienes sostienen la vida en condiciones adversas: mujeres, jóvenes, lideresas barriales y organizaciones comunitarias que resisten en sus territorios. Por lo tanto, se rompe con la noción individualista de bienestar psicológico y se afirma que la salud mental surge de la capacidad colectiva de resistir, de construir redes de cuidado y de sostener vínculos. Esta redefinición abre un campo para pensar la salud mental como parte de los procesos de transformación social, donde el cuidado y la memoria se convierten en herramientas de liberación (Martín-Baró 1984; Montero 2004).

4.1. Aportes para la construcción de la salud mental crítica

Una de las principales fortalezas diferenciadoras de la propuesta de salud mental crítica radica en la articulación de las categorías de análisis previamente trabajadas en salud colectiva. Conceptualmente, constituye un giro frente a la mirada biomédica que reduce el malestar a desequilibrios individuales y a la lógica preventiva de la salud pública tradicional, así como frente a los enfoques que explican la salud mental a partir de factores de riesgo y protección analizados de forma aislada. En su lugar, parte de una concepción integral que entiende la salud mental como un proceso político, histórico y relacional. Este enfoque visibiliza que el sufrimiento psíquico no puede desligarse de las desigualdades de clase, género, etnia y territorio, abriendo la posibilidad de construir marcos interpretativos más complejos y territorializados (Breilh 2013).

En el plano metodológico, la salud mental crítica recoge el legado de la salud colectiva al plantear la interdisciplinariedad y el diálogo de saberes como prácticas esenciales en la producción de conocimiento. Este posicionamiento cuestiona la hegemonía del saber experto y propone a las comunidades como sujetos epistémicos capaces de construir categorías y prácticas desde sus propias experiencias. Al hacerlo, se reconoce que las ciencias de la salud requieren un trabajo que articule lo clínico, lo social y lo cultural, superando la fragmentación que históricamente ha limitado su alcance. Este movimiento metodológico es un acto político, pues desplaza el monopolio del conocimiento médico y lo reivindica hacia los pueblos y sus memorias colectivas (Stolkiner y Ardila 2012, 64).

En el plano político y práctico, la salud mental crítica se distancia de las intervenciones centradas en la adaptación individual y se vincula con la lucha por la

igualdad. Desde esta perspectiva, la salud se asume como derecho humano que exige condiciones de vida dignas (Cordero 2008). En consecuencia, se promueve el fortalecimiento de redes comunitarias, la participación popular y las estrategias colectivas de cuidado como ejes fundamentales para proteger la vida. En consecuencia, la salud mental crítica, al nutrirse de la salud colectiva, adquiere un carácter diferenciado capaz de articular teoría, método y acción en una propuesta y práctica transformadora.

Asimismo, la salud mental crítica encuentra en la epidemiología una base sólida para comprender el sufrimiento humano desde la determinación social como eje central. Este enfoque trasciende la visión reducida de los factores de riesgo y la fragmentación, al situar la salud en procesos históricos condicionados por el modo de producción capitalista (Breilh 2023, 47). Puesto que este modelo de producción genera enfermedades, territorios sacrificados y poblaciones sometidas a la precarización, afectando directamente las subjetividades. Desde esta mirada, el sufrimiento psicosocial ya no se entiende como un desajuste individual y se reconoce como expresión de las desigualdades estructurales que atraviesan a las personas y comunidades (Stolkiner y Ardila 2012).

Metodológicamente, la epidemiología crítica aporta categorías clave como la reproducción social que analiza la salud mental desde la complejidad de los modos de vida. Estos conceptos muestran cómo la lógica capitalista organiza el trabajo, el consumo y la apropiación de la naturaleza, generando tensiones que repercuten en la subjetividad y en los vínculos comunitarios (Breilh 2013). La salud mental crítica, al integrar estas categorías, rompe con la tendencia a explicar el malestar únicamente en términos psicológicos y propone una mirada articulada entre estructuras, prácticas sociales y experiencias individuales. Se trata, en definitiva, de comprender que las formas de vida que impone el capital generan sufrimiento, y que este no puede abordarse sin un análisis de las relaciones de poder que lo sostienen (Stolkiner 2010, 90).

Otro aporte central de la epidemiología crítica es el análisis tridimensional de los procesos de salud en sus dimensiones general, particular e individual. En la dimensión general se identifican los patrones estructurales del capitalismo que configuran los modos de vida; en la particular se reconocen los impactos diferenciados según clase, género, etnia o territorio; y en la individual se ubican las expresiones singulares y corporales del sufrimiento (Breilh 2023, 28). En la salud mental crítica, este modelo comprende cómo una experiencia de angustia o depresión se explica desde procesos sociales más amplios y no se reduce solo a la esfera personal. De este modo, la salud mental deja de ser un diagnóstico aislado y se interpreta como parte de una totalidad.

El concepto de territorio adquiere aquí un papel estratégico, entendido como ámbito vital de organización, identidad y disputa política y no exclusivamente como espacio físico (Breilh 2023, 30). Desde la salud mental crítica, el territorio se convierte en escenario donde se experimenta tanto el daño como la resistencia manifestando las violencias del capital: despojo, contaminación, desplazamiento y otros, pero también las prácticas comunitarias de cuidado y solidaridad que protegen la vida (Solíz et al. 2023). En barrios como Santa Rita, esta dimensión es relevante, dado que evidencia que el bienestar colectivo se construye en la defensa del territorio y en la capacidad de las comunidades para resignificar sus espacios de vida. Así, la salud mental crítica articula estructura, subjetividad y territorio como claves para pensar alternativas protectoras.

De igual manera, esta propuesta incorpora las enseñanzas de la antipsiquiatría, corriente que cuestionó la centralidad del diagnóstico y la institucionalización como formas de control social. Desde esta perspectiva, la despatologización se vuelve esencial, no se niega el sufrimiento individual, pero se reconoce que existe en un marco histórico y colectivo con raíces estructurales (Amarante 2007). El malestar deja de interpretarse como trastorno aislado y pasa a entenderse como expresión legítima de las desigualdades y violencias que atraviesan los territorios. Esta mirada permite que las comunidades se reconozcan en sus procesos, resignifiquen sus experiencias y generen estrategias colectivas para transformar las condiciones que producen sufrimiento (Stolkiner y Ardila 2012).

Los aportes latinoamericanos a la antipsiquiatría fortalecen esta propuesta mediante procesos de desinstitucionalización que buscan superar el encierro manicomial y construir alternativas comunitarias de cuidado. Estas experiencias demuestran que la salud mental no puede sostenerse en el aislamiento ni en la medicalización, sino en vínculos sociales que restituyen dignidad y autonomía. Desde la salud mental crítica, la desinstitucionalización trasciende el cambio de dispositivos pues implica una postura política por redistribuir el poder del saber experto hacia las comunidades (Amarante 2007). De esta manera, se articula la crítica antipsiquiátrica con la salud colectiva y la epidemiología crítica, consolidando un modelo donde la salud mental se comprende como práctica social y política que transforma.

En la actualidad, el encierro que antes se expresaba en los manicomios se reproduce mediante nuevas formas de exclusión, aislamiento e individualización de la salud mental. Ya no se trata de muros físicos, sino de mecanismos simbólicos que responsabilizan a las personas de su sufrimiento por no ser productivas o felices según la

lógica del consumo (Amarante 2007, 31). Este modelo neoliberal desplaza la atención de las causas estructurales hacia la culpabilización individual, ocultando la precarización, la violencia y el despojo territorial que configuran el malestar (Rodríguez y Montenegro 2016, 18). La salud mental crítica denuncia esta lógica, mostrando que la patologización de la tristeza o la ansiedad funciona como formas de control social que inhibe la potencia colectiva de resistir y transformar.

Frente a esta lógica neoliberal que individualiza el sufrimiento y lo convierte en un problema de rendimiento y producción, la salud mental crítica propone recuperar la dimensión colectiva del cuidado y la resistencia. En lugar de exigir a los sujetos que se adapten a un sistema que precariza y excluye, coloca en el centro la construcción de redes comunitarias que sostienen la vida y ofrecen respuestas frente al aislamiento. Estas prácticas despatologizan el malestar y lo resignifican como experiencia compartida, vinculada a la memoria de resistencias y a la organización popular (Stolkiner y Ardila 2012, 64).

En el ámbito de las políticas públicas, se reconoce que la salud mental crítica continúa siendo una deuda pendiente en Ecuador. Aunque el discurso oficial reconoce la importancia de la salud mental y de la participación, las respuestas estatales y los presupuestos asignados permanecen anclados en un enfoque biomédico y hospitalocéntrico, centrado en la atención individual y en la medicalización del sufrimiento. En el peor de los escenarios, esta situación se traduce en un completo abandono institucional, donde la población queda sin ningún tipo de atención dentro de un sistema de salud colapsado. Esta omisión agrava las brechas de acceso y vulnera de manera estructural el derecho a una atención integral.

Esta normalización y abandono de la salud mental ha limitado la incorporación de una visión crítica, colectiva y emancipadora que reconozca la participación las comunidades en la producción de salud. En un país atravesado por crisis económicas, violencias estructurales y precarización de la vida, resulta insuficiente un modelo que reduzca la salud mental a diagnósticos clínicos o a intervenciones asistenciales aisladas. La ausencia de políticas que reconozcan el sufrimiento como resultado de desigualdades históricas perpetúa la exclusión y mantiene invisibles las prácticas comunitarias que sostienen la vida en los territorios (Stolkiner 2010, 92).

En conclusión, el término salud mental crítica adquiere un valor analítico y estratégico al permitir la resignificación del concepto de salud mental. Esta categoría propone comprender el bienestar psíquico en relación con las condiciones materiales de

vida, las desigualdades estructurales y las formas de organización comunitaria que sostienen el cuidado colectivo. En este sentido, se constituye en la matriz analítica que orienta la sistematización y el análisis de los resultados desarrollados en los siguientes capítulos. De este modo, se consolida como una herramienta conceptual y ética para comprender la salud mental desde la dignidad, la justicia social y la defensa de la vida.

4.2. Salud mental crítica y redes comunitarias

En suma, la propuesta de salud mental crítica que orienta esta investigación configura marco que analiza las redes comunitarias como procesos protectores de la vida y vincular el análisis teórico con las experiencias concretas que la sostienen en los territorios. De forma que, las redes comunitarias adquieren un lugar central al constituirse en espacios de cuidado y resistencia donde el sufrimiento se transforma en acciones colectivas de cambio. La salud mental crítica y las redes comunitarias se enlazan en una propuesta transformadora y de cuidado colectivo, la organización social y la defensa de la vida frente a las múltiples formas de exclusión.

Por este motivo, resulta pertinente profundizar en cómo la salud colectiva, la epidemiología crítica y la antipsiquiatría contribuyen a la comprensión de las redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental. Estas disciplinas comparten un espacio de encuentro: la crítica al modelo biomédico que ha reducido la salud a un fenómeno individual y biológico. Dicho paradigma ha sustentado procesos de medicalización del sufrimiento, transformando experiencias vitales en objetos de diagnóstico y consumo, y reforzando formas de control social que patologizan la diferencia (Amarante 2007, 31). Frente a ello, está propuesta reivindican la salud como un campo de disputa y emancipación, donde las comunidades recuperan su papel como sujetos de transformación.

El concepto de redes comunitarias trabajado en esta investigación se aborda desde la salud colectiva, enfatizando que las redes no son simples estructuras de coordinación, sino procesos sociales dinámicos que articulan actores, saberes y recursos colectivos. Se resalta que, las redes constituyen expresiones concretas de participación social que proponen respuestas frente a las desigualdades y el sufrimiento, al generar vínculos de solidaridad, reconocimiento y apoyo mutuo. Por consiguiente, la salud colectiva interpreta a las redes como procesos protectores de la salud mental, ya que cuestionan la lógica vertical y fragmentada de los sistemas sanitarios y promueven prácticas

horizontales y participativas que fortalecen la autonomía comunitaria y la defensa de la vida (Bang y Stolkiner 2013).

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, estas redes pueden encarnar tendencias protectoras dentro de la reproducción social, ya que promueven vínculos solidarios, cooperación y organización frente a las fuerzas destructivas del capital (Breilh 2023). Su acción no se limita al acompañamiento emocional, sino que transforma las condiciones de vida al generar sentido de pertenencia, reconocimiento y participación política. En los territorios, estas redes funcionan como mediaciones entre lo estructural y lo cotidiano, tejiendo una trama social que enfrentan los efectos del despojo, la violencia y la exclusión. De modo que, los procesos protectores son expresiones de resistencia activa que amplían la autonomía comunitaria y la defensa de la vida digna.

A partir de la antipsiquiatría se despatologiza el sufrimiento y se devuelve al cuidado su dimensión ética y política lo que implica un giro radical en la forma de concebir la salud mental. Esto reconoce que el malestar es una manifestación social y política de las desigualdades que atraviesan los cuerpos y los territorios. Esta despatologización inspirada en la antipsiquiatría y la salud colectiva busca restituir la palabra, la dignidad y la capacidad de transformación de quienes padecen. En este sentido, el cuidado recupera su sentido como práctica de vínculo, responsabilidad y reciprocidad.

En definitiva, desde los aportes de la salud colectiva, la epidemiología crítica y la antipsiquiatría se reconoce que la salud mental no puede desvincularse de las condiciones sociales ni de los lazos comunitarios que configuran la vida. Estas corrientes comparten una mirada crítica que entiende el sufrimiento como expresión de desigualdades estructurales, lo que reinterpreta las redes comunitarias como procesos protectores y emancipadores frente a la medicalización. Este marco teórico sitúa a las redes en el centro del análisis al proponer cómo las prácticas de reciprocidad, solidaridad y cuidado actúan como fuerzas que sostienen la vida y resignifican el malestar desde lo colectivo y lo político.

En coherencia con esta perspectiva, en los siguientes capítulos la investigación se centra las redes comunitarias de Santa Rita, donde se propone que las formas de organización local y las prácticas lideradas por mujeres constituyen expresiones concretas de procesos protectores. La sistematización de las experiencias comunitarias se plantea como un ejercicio de análisis teórico y práctico que permitirá comprender cómo los principios de cuidado y transformación colectiva se materializan en experiencias territoriales. En este sentido, la sistematización busca reconstruir críticamente los

mecanismos sociales, éticos y relacionales que sustentan estas redes estableciendo tres niveles de análisis: general, particular e individual, desde los cuales se examinarán sus aportes a la salud mental crítica y a la producción colectiva de conocimiento.

Capítulo segundo

Metodología: claves para una investigación crítica

En el segundo capítulo, a partir de la base conceptual de la salud mental crítica se desarrolla la sistematización de experiencias como propuesta metodológica de esta tesis. La sistematización se asume como una estrategia de investigación crítica orientada a reconstruir, ordenar e interpretar procesos sociales vividos, analizando sus significados y las condiciones históricas y territoriales en que se desarrollaron. Este enfoque permite comprender las prácticas de cuidado, organización y resistencia que emergen en el territorio (Jara 2018).

En coherencia con esta línea, el capítulo inicia presentando el marco metodológico que orienta la investigación. Posteriormente, se expone el enfoque epistemológico que sustenta el estudio y la matriz de operacionalización de variables que organiza las categorías de análisis. Asimismo, se describe el tipo de estudio y se presentan la pregunta de investigación y los objetivos que guían el proceso investigativo. Se introduce el contexto institucional en el que se desarrolló la experiencia sistematizada, con el propósito de situar las condiciones desde las cuales se produjo el trabajo territorial en el barrio Santa Rita.

A continuación, se expone la delimitación de la muestra y los criterios de inclusión y exclusión considerados en el estudio. También se describen las herramientas utilizadas para la reconstrucción y el análisis de la información generada durante el proceso investigativo en cinco tiempos. En este apartado se caracteriza el territorio donde se desarrolla la experiencia sistematizada, identificando sus principales componentes sociales, históricos y geoespaciales. Por último, se presentan los principios éticos que orientaron el trabajo y se señalan los alcances y límites del estudio con el fin de situar las condiciones desde las cuales se interpreta la experiencia de las redes comunitarias del barrio Santa Rita durante el período 2023-2025.

1. Sistematización de experiencias

Sistematizar es reconstruir e interpretar de manera crítica la experiencia, articulando memoria y reflexión para potenciar su capacidad transformadora (Jara 2018, 34-5). En esta investigación, la sistematización de experiencias se utiliza como una

herramienta metodológica para analizar cómo las redes comunitarias se configuraron como procesos protectores de la salud mental en el barrio Santa Rita entre 2023 y 2025. Para ello, se revisan y organizan los documentos generados durante el trabajo territorial, se analizan en coherencia con los marcos críticos y se interpretan las experiencias.

Dentro de esta metodología se reconoce que las comunidades son sujetos activos en producción de conocimiento. Puesto que, los procesos comunitarios constituyen fuentes legítimas en donde se construyen interpretaciones, estrategias y sentidos sobre la salud, la enfermedad, el cuidado y la dignidad. Por lo tanto, la sistematización se asume como práctica de memoria y análisis donde las comunidades y los equipos de investigación coproducen saberes que cuestionan las jerarquías académicas (Montero 2006, 164-5; Jara 2018).

Esta metodología se vincula a los movimientos de educación popular latinoamericana de los años setenta y ochenta inspirados en el pensamiento de Paulo Freire, la teología de la liberación y los procesos de organización campesina y obrera. Surgió como una necesidad de las personas y las comunidades de interpretar sus propias experiencias y aprender de ellas para fortalecer sus procesos sociohistóricos. Por ello, se desarrolla como una técnica que articula tres dimensiones: la práctica social, la reflexión colectiva y la transformación. Así, la sistematización se diferencia de la investigación positivista al situar la experiencia vivida como punto de partida del conocimiento (Jara 2018, 37).

La experiencia dentro de la sistematización se caracteriza por la confluencia de dimensiones materiales, simbólicas y afectivas. No se trata de un hecho aislado sino más bien de una construcción colectiva que surge en un contexto social, político y cultural determinado. Dado que, cada experiencia implica una transformación que cambia a quienes la protagonizan y reconfigura sus vínculos, las instituciones y los territorios donde acontece (Jara 2018, 162). En el marco de la salud mental crítica, estas experiencias cobran un valor especial porque visibilizan los modos en que las comunidades enfrentan el sufrimiento psicosocial, reconstruyen el sentido de lo común y producen saberes.

Desde esta perspectiva, la experiencia se comprende como un proceso dinámico y transformador en el que acción, reflexión y contexto histórico se entrelazan para generar sentido. La sistematización expresa un movimiento donde los significados se reconstruyen de forma permanente mediante el diálogo entre lo vivido, su interpretación crítica y la construcción de una teoría enriquecida. Este dinamismo fortalece la capacidad

colectiva de conocer, resignificar y proyectar lo aprendido hacia nuevas formas de práctica social e investigativa (Jara 2018). Citando a Freire (1997):

El mundo está siendo. Como subjetividad curiosa, inteligente, que interfiere en la objetividad con la que dialécticamente me relaciono, mi papel en el mundo no es solo de quien constata lo que ocurre, sino también el de quien interviene como sujeto de lo que va a ocurrir. No soy solo un objeto de la historia sino, igualmente, su sujeto. En el mundo de la historia, de la cultura, de la política, constato, pero no para adaptarme sino para transformar. (Freire 1997, 35)

Otro elemento esencial en la sistematización de experiencias son las relaciones de poder pues toda práctica social está atravesada por estructuras históricas de dominación. Las experiencias se configuran en contextos marcados por desigualdades de género, clase y etnia que influyen en los modos de sentir y actuar. En este contexto, la sistematización con enfoque de género se convierte en una práctica ética y política que desarticula jerarquías y visibiliza los saberes de mujeres tradicionalmente relegadas del campo del conocimiento (Jara 2018, 66-8). Torres et al. (2002) amplían esta perspectiva al entenderla como un proceso de empoderamiento que reconstruye las experiencias desde lenguajes, afectos y corporalidades propias de las mujeres.

En lo que concierne a esta investigación que analiza las redes comunitarias conformadas en su mayoría por mujeres en el barrio Santa Rita, el análisis de género se convierte en un eje transversal para interpretar las prácticas de cuidado y protección. En este proceso, las lideresas son sujetos epistémicos que a través de sus vínculos y saberes transforman las condiciones materiales y simbólicas de sus territorios (Torres et al. 2002). Por ello, sistematizar implica sanar, politizar la memoria y generar conocimiento desde lugares que han sido históricamente negados.

En síntesis, la sistematización se asume como una práctica epistemológica coherente con la salud mental crítica y el enfoque de género, que reconoce a las comunidades como sujetos de conocimiento y transformación frente a las desigualdades estructurales. En este contexto, la sistematización se convierte en un ejercicio político y pedagógico realizado desde dentro que al reconstruir las experiencias visibiliza los procesos colectivos y los transforma en aprendizajes compartidos (Jara 2018).

2. Enfoque epistemológico

Este estudio se sustenta en la propuesta de salud mental crítica desarrollada en el primer capítulo, fundamentada en los aportes de la salud colectiva, la epidemiología crítica y la antipsiquiatría a este planteamiento se integran las contribuciones del enfoque

de género. De esta manera, se enfatiza que las corrientes críticas entienden la investigación como una práctica política y ética orientada a la transformación social y no como un ejercicio neutro. Por ello, producir conocimiento crítico supone un compromiso con la justicia social, ambiental y de género, guiando la labor investigativa hacia la defensa de la vida, la dignidad y la equidad (Solíz et al. 2019, 518).

3. Matriz de operacionalización metodológica

A continuación, el modelo de operacionalización metodológica (Tabla 1) articula las categorías teóricas con las dimensiones empíricas del estudio, orientando el análisis de las redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental en el barrio Santa Rita. La matriz se organiza a partir de las categorías madre: salud colectiva, epidemiología crítica, antipsiquiatría, redes comunitarias y género. Cada una se desagrega en categorías secundarias que permiten identificar dimensiones estructurales, relacionales y subjetivas. Estas categorías se vinculan con los niveles de análisis general, particular e individual desde los cuales se interpretan las condiciones estructurales del contexto, las dinámicas organizativas de las redes y las vivencias personales de las lideresas.

Tabla 1
Matriz de operacionalización metodológica
Paradigma: Salud crítica

Categoría madre	Categoría secundaria	Descripción analítica	Dimensión de análisis
Salud colectiva	1. Dimensión social, política e histórica de la salud-enfermedad- cuidado	Comprende la salud como un proceso social político e histórico atravesado por relaciones de poder, desigualdad y resistencias.	General
	2. Salud mental colectiva	Concibe la salud mental como una construcción social e histórica, resultado de los vínculos, condiciones y experiencias colectivas que configuran el bienestar y el sufrimiento.	General Particular Individual
	3. Políticas públicas	Analiza las políticas públicas como expresiones de poder que pueden reproducir desigualdades o fortalecer espacios de cuidado y protección desde la colectividad.	General
	4. Participación social	Concibe la participación social como eje constitutivo de la salud colectiva y como proceso protector, donde los sujetos se reconocen como actores políticos en la producción social y el	Particular Individual

		conocimiento de la salud y el cuidado.	
Epidemiología crítica	1. Determinación social de la salud	Comprende la determinación social como categoría central para analizar cómo las condiciones estructurales configuran los procesos de salud-enfermedad-cuidado en contextos comunitarios.	General
	2. Procesos protectores	Concibe los procesos protectores como expresiones colectivas que emergen de las condiciones sociales y relacionales que preservan la vida y la salud frente a la desigualdad y el sufrimiento.	General Particular Individual
	3. Territorio	Concibe el territorio como espacio social donde se expresan las relaciones de poder y las condiciones de vida que pueden fortalecer la organización colectiva o reproducir procesos de exclusión y vulnerabilidad.	Particular Individual
Antipsiquiatría	1. Desmedicalización del sufrimiento	Plantea la desmedicalización del sufrimiento como crítica central a la psiquiatrización y la individualización del malestar, promoviendo comprensiones sociales y colectivas de la experiencia humana.	General Particular Individual
	2. Desinstitucionalización de la salud mental	Concibe la desinstitucionalización como un proceso que busca transformar las condiciones sociales y culturales que producen y perpetúan la exclusión del sufrimiento psíquico.	General Particular Individual
	3. Crítica a modelo biomédico	Formula una crítica al modelo biomédico por reducir el malestar a lo individual y biológico, ampliando su comprensión hacia dimensiones estructurales y reconociendo el sufrimiento individual como parte de procesos colectivos y sociales.	General
Redes comunitarias	1. Liderazgo comunitario	Reconoce los liderazgos comunitarios como expresiones colectivas que articulan solidaridad, cuidado y acción común, entendiendo lo comunitario como un espacio de encuentro, tensiones y diversidad, más que como una forma idealizada o pasiva.	Particular Individual
	2. Prácticas de cuidado colectivo	Concibe las prácticas de cuidado colectivo como acciones	Particular Individual

		relacionales que sostienen la vida común y fortalecen las redes frente a la precariedad y la violencia, protegiendo la salud mental en contextos de desigualdad.	
	3. Incidencia en políticas públicas	Concibe la incidencia en políticas públicas como una potencialidad de las redes comunitarias orientada a transformar las condiciones estructurales y posicionar las experiencias colectivas en la agenda social y estatal.	General
Género	1. Liderazgo femenino	Reconoce los liderazgos femeninos como formas de acción colectiva que articulan cuidado, resistencia y transformación, visibilizando el papel de las mujeres en la construcción de lo común desde contextos atravesados por la violencia patriarcal.	Particular Individual
	2. Teoría feminista de los cuidados	Concibe la teoría feminista de los cuidados como marco que politiza el cuidado, reconociéndolo como práctica social y ética que sostiene la vida y cuestiona las desigualdades de género.	General Particular Individual
	3. Interseccionalidad	Entiende la interseccionalidad como herramienta analítica que revela cómo género, clase, etnia y territorio se entrecruzan, configurando experiencias diferenciadas de desigualdad y resistencia.	General Particular Individual
	4. Violencia estructural	Concibe la violencia estructural como expresión de las desigualdades de género que atraviesan la vida cotidiana, afectando el bienestar y la autonomía de las mujeres en los espacios comunitarios.	General

Fuente y elaboración propia

4. Tipo de estudio

La investigación se configura como una sistematización de experiencias de carácter cualitativo desarrollada desde un enfoque descriptivo-interpretativo con un análisis trasversal centrado en el período 2023-2025. El estudio se basa exclusivamente en fuentes secundarias, sin incluir recolección de datos primarios ni participación directa de personas. A partir del análisis documental de materiales institucionales y registros del

trabajo territorial en el barrio Santa Rita, la investigación reconstruye e interpreta las prácticas de las redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental.

5. Pregunta y objetivos de investigación

La pregunta central de esta investigación es ¿Cómo se configuran las redes comunitarias del barrio Santa Rita como procesos protectores de la salud mental colectiva y qué elementos, prácticas y sentidos las caracterizan en los niveles estructural, comunitario y subjetivo? Por consiguiente, el objetivo general se planea en sistematizar y analizar la configuración, las prácticas y los elementos que caracterizan a las redes comunitarias del barrio Santa Rita como procesos protectores de la salud mental desde una perspectiva crítica de la salud.

En este marco, se plantean los siguientes objetivos específicos: primero, analizar de forma crítica el concepto de salud mental desde la salud colectiva, la epidemiología crítica y la antipsiquiatría. Segundo, describir y sistematizar las prácticas, los saberes y las formas organizativas que sostienen el cuidado colectivo de la salud mental en las redes comunitarias lideradas por mujeres del barrio Santa Rita. Tercero, interpretar estas experiencias organizativas como procesos protectores de la salud mental desde los marcos críticos de análisis.

6. Contexto institucional de la sistematización

Las experiencias analizadas se desarrollaron en el marco de un proyecto ejecutado por Fundación AVSI Ecuador, orientado a promover la integración entre población en movilidad humana con énfasis en población venezolana y colombiana, y comunidades de acogida. En este proceso, la organización aportó tiempo, recursos y personal para fortalecer las redes comunitarias del barrio entre 2023 y 2025. No obstante, la sistematización que aquí se presenta constituye un ejercicio independiente, autorizado por la organización y elaborado por la investigadora en el marco de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Esta posición permite desarrollar una lectura crítica, autónoma y situada de las experiencias analizadas.

7. Delimitación y selección de la muestra

De acuerdo con el enfoque cualitativo y crítico del estudio, se eligió un muestreo intencional no probabilístico caracterizado por ser deliberado y razonado porque

selecciona las fuentes más relevantes para comprender en profundidad el fenómeno estudiado. Según Berenguer et al. (2014, 85), este tipo de muestreo no busca representatividad estadística sino reflejar la variabilidad de los discursos y contextos. En esta línea, la selección de materiales complementada con la observación participante retrospectiva de la investigadora se orientó a captar la diversidad y riqueza interpretativa de las experiencias comunitarias del barrio Santa Rita.

Los criterios de inclusión fueron: a) documentos sobre salud colectiva, epidemiología crítica, antipsiquiatría, redes comunitarias y género; b) materiales sobre el contexto de Ecuador, especialmente del barrio Santa Rita en Quito; c) producciones de mujeres, colectivos comunitarios u organizaciones locales e internacionales; y d) publicaciones entre 2023 y 2025, con posibilidad de incluir antecedentes relevantes. Se excluyeron los documentos que: a) no se relacionen con los ejes conceptuales; b) carezcan de información verificable o sean duplicados; y c) no aporten a los procesos comunitarios o de salud mental crítica.

El corpus documental estuvo conformado por más de 200 archivos producidos por el equipo técnico en el marco del acompañamiento territorial desarrollado por AVSI Ecuador en el barrio Santa Rita entre 2023 y 2025. Entre estos insumos se incluyeron documentos técnicos y administrativos como: informes, registros de asistencia, actas de entrega, correos electrónicos y fotografías. Asimismo, se incorporaron materiales elaborados mediante procesos participativos con la comunidad, entre ellos diagnósticos, talleres, visitas domiciliarias, y espacios de reflexión.

Para el análisis se priorizaron los materiales que permitían reconstruir las dinámicas organizativas, las prácticas de cuidado comunitario y las experiencias colectivas vinculadas con la salud mental en el territorio. La selección y priorización de evidencias respondió a criterios de pertinencia temática, profundidad descriptiva, continuidad temporal y capacidad para dar cuenta de los procesos comunitarios desarrollados durante la experiencia. En conjunto, estos registros constituyeron un soporte documental para organizar y acompañar de manera ética, ordenada y transparente el proceso de intervención territorial.

8. Herramientas de sistematización y análisis de la información

El proceso de sistematización de experiencias se concibe como un ejercicio que organiza, interpreta y comprende críticamente los procesos vividos. Implica la formulación de categorías, la clasificación de los elementos empíricos y el proceso de

análisis. Para su implementación en esta investigación se retomó la propuesta metodológica de Jara (2018, 133-60), quien plantea cinco tiempos de sistematización que orientan el trabajo metodológico. El primer tiempo corresponde al punto de partida, donde se define el propósito y la experiencia a sistematizar, en este caso el proceso fue delimitado durante la fase de docencia de la Maestría en Salud Colectiva y Epidemiología Crítica de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

El segundo tiempo implica la reconstrucción del proceso vivido. Para ello, se emplearon las siguientes herramientas metodológicas, que facilitaron la organización y comprensión del material documental: En una fase inicial se elaboró la línea del tiempo documental y se analizaron los resultados del perfil histórico participativo (Anexo 1), lo que hizo posible reconstruir cronológicamente los hitos y momentos centrales del proceso comunitario. Posteriormente se trabajó con una matriz de ordenamiento y reconstrucción (Anexo 2) para clasificar los documentos de las actividades y extraer información relevante, aportando orden, profundidad y coherencia al análisis.

El tercer tiempo, corresponde a la reflexión crítica que permitió analizar los resultados y los aprendizajes surgidos de la experiencia. Para ello, se elaboró la matriz de síntesis de resultados (Tabla 2), que presento todas las actividades desarrolladas entre 2023 y 2025. Además, en esta fase se elaboró la matriz de sistematización (Anexo 3), que organizó las experiencias según los niveles de análisis general, particular e individual y las categorías conceptuales trabajadas. A partir del análisis fue posible sintetizar doce dimensiones protectoras (Tabla 3) que sustentan el proceso estudiado. En conjunto, esta reflexión crítica comprende cómo las redes comunitarias de mujeres del barrio Santa Rita se configuran como procesos protectores de la salud mental colectiva.

El cuarto tiempo, la interpretación teórica vincula la práctica con los marcos teóricos de salud mental crítica. Esta fase consistió en interpretar narrativamente la experiencia organizada en la matriz de sistematización (Anexo 3) y las dimensiones de protección (Tabla 3), sustentando el proceso de las redes comunitarias como prácticas protectoras de la salud mental. Por último, en el quinto tiempo se encuentra la comunicación de los aprendizajes, que busca socializar los resultados y resignificar colectivamente la experiencia. Esta fase se concretará una vez finalizada y aprobada la investigación, mediante reuniones participativas con la comunidad destinadas a devolver los hallazgos de la investigación.

8.1. Triangulación de la información

La sistematización se apoyó en una triangulación de información proveniente de varias fuentes orientada a fortalecer la coherencia del proceso investigativo. Este enfoque integró, primero, técnicas de investigación como la revisión documental, la construcción de líneas de tiempo, las matrices de sistematización y el análisis crítico por categorías. Segundo, fuentes secundarias entre las que se incluyeron literatura especializada, documentación institucional, historias de vida y datos de monitoreo y evaluación. Tercero, distintas etapas del proyecto ejecutado entre 2023 y 2025, que abarcaron el diagnóstico, la planificación, la implementación y el cierre. La triangulación identificó similitudes y tensiones entre lo vivido, lo sistematizado y lo interpretado, evitando lecturas causales o explicaciones parcializadas.

9. Delimitación geográfico-espacial del territorio

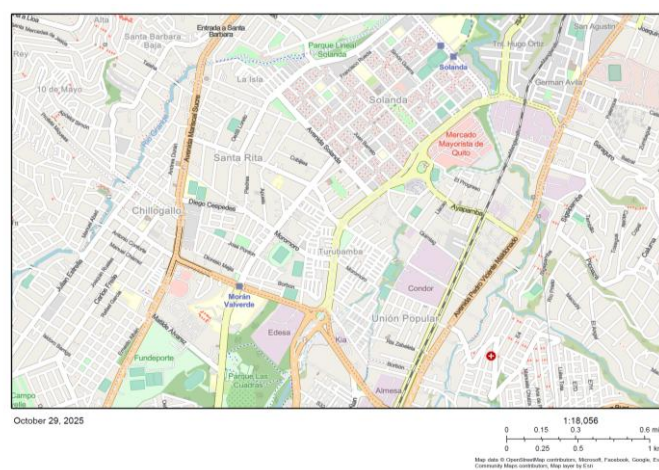


Figura 1. Mapa del barrio Santa Rita
Fuente y elaboración: Esri et al. (2025)

El barrio Santa Rita se localiza al sur del Distrito Metropolitano de Quito, dentro de la parroquia urbana de Solanda en la Administración Zonal Eloy Alfaro, una de las áreas con mayor densidad poblacional de la capital. Según el Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2024-2033 (Ecuador GAD DMQ 2024c, 37), Solanda alcanza una concentración de 162,65 habitantes por hectárea ubicándola entre las parroquias con mayor aglomeración demográfica. El barrio limita al norte con La Isla y Solanda, al sur con Las Cuadras, al este con Turubamba y al oeste con Chillogallo. Esta localización estratégica evidencia su relevancia en la articulación territorial del sur como un espacio que se ha expandido bajo dinámicas rápidas, desiguales e informales.

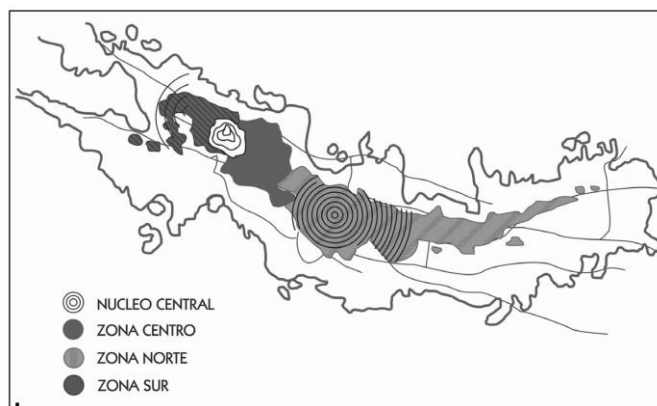


Figura 2. Esquema de la forma de organización territorial longitudinal polinuclear (1960-1970)
Fuente y elaboración: Carrión y Erazo (2012)

La historia de Santa Rita se inscribe en los procesos de expansión urbana de Quito desde finales del siglo XIX, cuando la construcción del ferrocarril de Chimbacalle impulsó la industrialización y atrajo a familias obreras y migrantes rurales. Entre las décadas de 1930 y 1960 el crecimiento del barrio se dio mediante subdivisiones informales del suelo y prácticas de autoconstrucción, consolidando un patrón de urbanización popular característico de las periferias latinoamericanas (Velasco 2023, 20). Según Carrión y Erazo (2012, 514-21) este proceso consolidó al sur como territorio obrero y periférico, al centro como núcleo administrativo y patrimonial y al norte como zona de desarrollo económico. De esta forma, la ciudad se estructuró sobre un eje longitudinal norte-centro-sur que reflejó y reprodujo jerarquías sociales.

En los barrios del sur, como Santa Rita esta dinámica se expresó en procesos de urbanización popular y autoprovisión del hábitat. Su expansión se desarrolló mediante la división y venta de antiguas haciendas, muchas veces sin acceso a servicios básicos ni a espacios públicos adecuados (Carrión y Erazo 2012, 511-3). La configuración de Santa Rita fue producto de una urbanización segregada, en la que las políticas estatales concentraron la inversión en el norte de la ciudad y relegaron al sur a la autogestión vecinal y al esfuerzo comunitario para organizar el territorio. En consecuencia, la precariedad habitacional y la limitada provisión de infraestructura profundizaron las desigualdades territoriales (Velasco 2023).

En la actualidad, el modelo de expansión urbana en Quito continúa reproduciendo mecanismos de exclusión y especulación, resultando en una ciudad fragmentada y desigual. En este escenario, Santa Rita se consolida como el resultado histórico de la segregación urbana, un territorio con identidad barrial pero afectado por la precariedad de los servicios y la limitada inversión pública (Carrión y Erazo 2012, 506-8). A su vez,

el barrio se configura como un espacio de intensa movilidad y dinamismo económico, sostenido por actividades de pequeña escala vinculadas a la economía popular y solidaria. Estas condiciones expresan las contradicciones de un modelo de desarrollo que prioriza el privilegio por sobre el cuidado colectivo.

A nivel social, el barrio de Santa Rita está atravesado por condiciones de vulnerabilidad vinculadas a la inseguridad y la violencia urbana, como la presencia de pandillas, robos, consumo de sustancias y delitos comunes, catalogado como un sector de riesgo (El Comercio 2011). En los últimos años, las parroquias del sur de Quito donde se ubica Santa Rita han concentrado los índices más altos de muertes violentas de la ciudad. Solo entre enero y septiembre de 2024 se registraron 179 homicidios en Quito, con una incidencia mayor en estas zonas (Machado 2024). No obstante, detrás de estas cifras existe una vida comunitaria que resiste al miedo y a la exclusión, redes vecinales, liderazgos barriales y prácticas cotidianas de cuidado que sostienen la vida.

Sin embargo, reducir la inseguridad solo al plano local invisibiliza la crisis de violencia que tiene dimensiones nacionales. Solo en 2023, Ecuador registró cerca de 8.000 homicidios intencionales, ubicándose entre los países con las tasas más altas de la región (Observatorio Ecuatoriano de Crimen Organizado 2024). Estos datos revelan que la violencia que atraviesa barrios como Santa Rita no constituye un hecho aislado, sino que forma parte de un contexto más amplio de exclusión social, precarización y control territorial por parte del crimen organizado. En consecuencia, la inseguridad se configura como un fenómeno social marcado por el deterioro de las condiciones de vida y el debilitamiento de los vínculos comunitarios.

En conclusión, el territorio constituye un eje central en esta investigación al comprender cómo las condiciones estructurales, las prácticas comunitarias y las experiencias subjetivas se entrelazan en la producción social de la salud mental. Santa Rita, más que un escenario de carencias se configura como un espacio vivo donde se disputan sentidos, se tejen vínculos y se gestan resistencias. Un territorio donde las redes comunitarias emergen como formas organizativas que enfrentan la desigualdad y el sufrimiento psicosocial. En este marco, el análisis territorial en sus dimensiones geoespacial y social se consolida como una herramienta central para reconocer y valorar a estas estructuras como procesos protectores de la salud mental.

10. Principios y consideraciones éticas

Esta investigación se rige por las consideraciones éticas y de derechos humanos establecidas en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 2024), la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU Asamblea General 1948), la Constitución de la República del Ecuador (2008) y las directrices éticas de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. En coherencia con estos marcos, se reafirma el principio fundamental de no causar daño a ningún ser humano, asegurando que todas las acciones investigativas respeten la dignidad, la integridad y el bienestar de las personas y comunidades involucradas, promoviendo una práctica académica responsable y orientada al bien común.

En términos éticos, esta investigación reconoce la posición de la autora como parte del proceso organizativo que acompañó a la experiencia analizada. La investigadora participó de inicio a fin en el proceso de trabajo territorial desarrollado en el barrio Santa Rita entre 2023 y 2025 desde su rol técnico dentro de la organización que impulsó la intervención. Esta doble condición de participante y analista exigió asumir una posición reflexiva, reconociendo que la experiencia acumulada durante el acompañamiento territorial aportó elementos interpretativos para comprender las experiencias sistematizadas, asumidos con responsabilidad frente al uso de la información y a los vínculos construidos.

La sistematización se desarrolló a partir de fuentes secundarias generadas durante el proceso institucional entre 2023 y 2025. El uso de esta documentación resultó pertinente al tratarse de información elaborada bajo estándares de protección, participación y confidencialidad, lo que evitó exponer nuevamente a las participantes a procesos de levantamiento de información duplicados o innecesarios. De igual modo, la sistematización posibilitó recuperar aprendizajes colectivos en el territorio que con frecuencia permanecen invisibles cuando no son analizados ni documentados.

Al mismo tiempo, se reconoce que gran parte del corpus documental responde a una lógica institucional vinculada a la gestión de proyectos y a los requerimientos de rendición de cuentas ante la comunidad y los financiadores externos. Esta condición ofrece ventajas relacionadas con la organización, la transparencia y la verificabilidad de la información, pero también introduce marcos de interpretación asociados a objetivos y resultados institucionales reconociendo que este tipo de documentación tiende a resaltar logros y resultados positivos del proceso.

Desde esta perspectiva, se asume que la neutralidad absoluta del investigador no es posible ni ética dentro de los procesos de investigación social, ya que tiende a invisibilizar las relaciones de poder que atraviesan la producción de conocimiento (Montero 2006, 79). En consecuencia, el análisis se desarrolló mediante una revisión crítica de la documentación disponible, la triangulación de fuentes y la interpretación dentro de las categorías analíticas definidas en el estudio. Este ejercicio permitió sostener un rigor interpretativo evitando lecturas idealizadas, reconociendo las tensiones presentes y procurando coherencia entre la práctica investigativa y los principios éticos.

En cuanto al principio de devolución de la información, la investigación promueve la reciprocidad y la construcción colectiva del conocimiento. Los resultados serán compartidos con las organizaciones y lideresas del barrio Santa Rita en espacios de retroalimentación, asegurando que la información generada retorne al territorio y fortalezca sus procesos colectivos. Respecto, al cumplimiento del principio de confidencialidad, se protegió la identidad de las personas mencionadas en las fuentes secundarias, omitiendo nombres y referencias personales para resguardar su intimidad.

11. Alcances y límites del estudio

El alcance de esta sistematización se sitúa en el plano interpretativo y reflexivo, orientado a comprender los sentidos, aprendizajes y transformaciones que resultan del proceso vivido por las mujeres del barrio Santa Rita. Si bien el estudio no busca la generalización de resultados, realiza una interpretación profunda de una experiencia local de la cual se extraen fundamentos centrales para el acompañamiento y la transformación de la salud mental crítica desde los territorios. En consecuencia, los resultados deben entenderse como interpretaciones contextualizadas, en donde su aporte reside en el diálogo entre la teoría y la práctica y en su capacidad para producir conocimiento crítico a partir de la experiencia (Jara 2018, 75-6).

Se reconoce que la metodología empleada presenta límites, ya que el uso exclusivo de fuentes secundarias restringe la incorporación de nuevas voces y la actualización directa de la información. No obstante, esta decisión metodológica no debilita el estudio, lo fortalece desde una perspectiva crítica y ética al privilegiar el análisis de registros, memorias y documentos producidos en procesos comunitarios. Esta opción rescata saberes contruidos colectivamente y reconocer a las mujeres y a las comunidades como sujetos epistémicos. En tanto, comprender la salud mental desde una perspectiva colectiva se convierte en un acto de justicia epistémica y social.

Capítulo tercero

Resultados: lo comunitario como campo de experiencia

El tercer capítulo expone los resultados de la investigación a partir del proceso de sistematización de experiencias desarrollado en el barrio Santa Rita entre 2023 y 2025. Desde una perspectiva de salud mental crítica, se reconstruyen y analizan las prácticas, dinámicas y sentidos que emergieron en torno a las redes comunitarias, con el propósito de comprender su configuración como procesos protectores de la salud mental. Este análisis se inscribe en los marcos de la salud colectiva, la epidemiología crítica y la antipsiquiatría, permitiendo situar las experiencias comunitarias en relación con las condiciones estructurales, territoriales y subjetivas que atraviesan la vida en el barrio.

El capítulo se organiza en cuatro apartados. Primero, se presenta el contexto territorial de Santa Rita, donde se sitúan las condiciones históricas, sociales y organizativas que enmarcan el proceso analizado. Segundo, se expone una matriz de síntesis de resultados que articula las categorías teóricas con las principales actividades desarrolladas, permitiendo una lectura integrada entre los marcos conceptuales y las prácticas comunitarias. Tercero, se desarrolla el análisis multinivel que permite comprender cómo las determinaciones estructurales, las dinámicas comunitarias y las experiencias subjetivas se articulan en la producción de la salud mental en el territorio.

Cuarto, se presentan las doce dimensiones protectoras identificadas en el proceso, como una síntesis analítica de los elementos, prácticas y formas organizativas que sostienen el cuidado colectivo en Santa Rita. Estas dimensiones evidencian cómo las redes comunitarias se articulan como procesos protectores al acompañar el sufrimiento, fortalecer vínculos y generar condiciones de bienestar psicosocial. Finalmente, el capítulo cierra con una lectura integradora que posiciona a las redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental.

1. Contexto territorial

Es importante resaltar que en el barrio Santa Rita la organización barrial se ha construido durante años como respuesta a las inequidades del territorio y esta historia de resistencia antecede a las intervenciones sistematizadas en el presente documento. Las prácticas comunitarias han funcionado como mecanismos de defensa del territorio y de

resolución de necesidades colectivas. Considerando esto, el nivel de organización existente en el barrio pese a la escasez de recursos fue un factor decisivo para su selección como espacio de acompañamiento institucional, pues evidenciaba una alta capacidad de trabajo colectivo y participación.

Además, se reconoce que la organización comunitaria en Santa Rita ha sido sostenida históricamente por diversas personas comprometidas con el territorio, incluidos hombres que han contribuido al cuidado comunitario. Sin embargo, la investigación centra su análisis en los liderazgos femeninos debido a la necesidad de visibilizar el papel estructural que las mujeres ocuparon en la producción de cuidado, cohesión social y protección de la salud mental durante el proceso sistematizado. Este énfasis analítico no desconoce el carácter colectivo de las redes ni la participación de múltiples actores, pero enfatiza en los liderazgos femeninos como eje decisivo para sostener procesos protectores en salud mental.

Al mismo tiempo, Santa Rita se caracteriza por una dinámica social marcada por procesos migratorios. Si bien el barrio históricamente ha recibido migración interna desde zonas rurales, la comunidad identificó que desde 2019 se registra una mayor presencia de población en situación de movilidad humana, principalmente de origen venezolano y colombiano. Esta realidad configuró un territorio diverso, aunque también atravesado por múltiples condiciones de vulnerabilidad social y económica. La llegada de nuevas familias generó desafíos relacionados con procesos de integración comunitaria.

Durante las primeras fases del acompañamiento territorial a través de diagnósticos participativos, la comunidad identificó diversas problemáticas que afectaban la vida cotidiana del barrio. Entre ellas se encontraban limitaciones en el acceso a servicios básicos como salud y educación, la ausencia de espacios adecuados para niños y niñas, así como situaciones de violencia en el territorio, incluyendo violencia basada en género (VBG) y episodios de xenofobia. Estas condiciones configuraban un contexto de vulnerabilidad que impactaba directamente en el bienestar psicosocial de la comunidad, generando preocupación, estrés, miedo con una carga emocional significativa entre las lideresas y habitantes del barrio.

En este contexto, las lideresas ecuatorianas, venezolanas y colombianas que se habían incorporado a los espacios de organización barrial de Santa Rita manifestaron de la necesidad de un mayor acompañamiento institucional frente a las problemáticas del territorio. Estas demandas evidenciaban tanto la capacidad organizativa existente como el alto impacto psicosocial que estas condiciones generaban en la vida de la comunidad,

configurando un escenario en el que el cuidado de la salud mental se convertía en una preocupación central para el barrio.

En respuesta a estas demandas, la organización decidió realizar un proceso de acompañamiento orientado a fortalecer la integración entre la población local y la población en movilidad humana. Este proceso se estructuró en torno a tres ejes: habitabilidad, protección comunitaria y medios de vida. A partir de este trabajo se elaboró un plan comunitario para responder a las necesidades identificadas por el barrio. Entre las principales acciones se realizaron adecuaciones en infraestructura, brigadas de salud, brigadas de protección para facilitar el acceso a servicios como salud y educación, talleres comunitarios y espacios de articulación con instituciones públicas y privadas.

Finalmente se reconoce que, las experiencias analizadas fueron acompañadas por un equipo multidisciplinario comprometido, cuyo trabajo contribuyó a impulsar y sostener las acciones presentadas en este capítulo. En este contexto, los resultados reflejan un esfuerzo colectivo e interinstitucional en el que participaron personas de la comunidad, organizaciones locales y actores de cooperación. A partir de lo expuesto, se presenta una herramienta de síntesis que permite integrar y visualizar de manera estructurada el proceso analizado en el contexto territorial.

2. Matriz de síntesis de resultados

La siguiente matriz organiza las categorías principales y secundarias definidas en el marco conceptual: salud colectiva, epidemiología crítica, antipsiquiatría, redes comunitarias y género, en articulación con las actividades más representativas del proceso de sistematización de experiencias. Esta estructura vincula los marcos analíticos con las prácticas desarrolladas en el territorio de Santa Rita, evidenciando con ejemplos concretos cómo el trabajo comunitario acompañado entre 2023 y 2025 se expresa en cada eje de análisis. La matriz sirve como un resumen previo al desarrollo descriptivo, el cual profundiza en los resultados mediante una lectura multinivel.

Tabla 2
Matriz de síntesis de resultados

Categoría	Categoría Secundaria	Ejemplo	Referencias teóricas	Evidencias de campo
Salud colectiva	Dimensión social, política e histórica de la salud-	-Feria de servicios y derechos humanos -Brigadas de salud -Brigadas de protección	(Stolkiner y Ardila 2012; Vázquez et al. 2018; Onocko-Campos,	Informes, registros de asistencia, facturas, y fotografías

	enfermedad-cuidado		Davidson y Desviat 2021; Stolkiner 2022)	
	Salud mental colectiva	-Conversatorios sobre experiencias de comunitarias -Taller de Violencia Basada en Género (VBG) -Talleres de salud integral -Proceso sostenido de gestión y remisión de casos de protección (presencial y virtual)	(Stolkiner y Ardila 2012; Segato 2016; Capella 2023)	Registros de asistencia, correos electrónicos, nota conceptual, fotografías, actas de entrega, facturas, fichas de referencia y mensajes
	Políticas públicas	-Reunión en Administración zonal -Feria para la prevención de la VBG	(Montero 2006; Lacerda 2013; Stolkiner 2022)	Correos electrónico, registro de asistencia, actas de entrega y facturas
	Participación social	-Feria de servicios y derechos humanos -Brigadas de protección -Talleres de liderazgo	(Montero 2006; Vázquez et al. 2018; Stolkiner 2022)	Informe, registro de asistencia, fotografías y afiche
Epidemiología crítica	Determinación social de la salud	-Feria de servicios y derechos humanos -Feria para la prevención de la VBG -Brigadas de salud	(Laurell 1982; Almeida Filho y Silva Paim 1999; Breilh 2023)	Informes, registros de asistencia y fotografías
	Procesos protectores	-Diagnósticos participativos -Brigadas de protección -Talleres integrales de salud	(Stolkiner 2022; Breilh 2023; Capella 2023)	Informes, registros de asistencia, facturas y fotografías
	Territorio	-Proceso sostenido de intervención en infraestructura y gestión social (comunitaria y unidades habitacionales) -Mingas comunitarias	(Breilh 2023; Capella 2023)	Actas de entrega de obra, acuerdos con los/las propietarios/as, acuerdos con familias alojadas y autorizaciones fotográficas
Antipsiquiatría	Desmedicalización del sufrimiento	-Brigadas de salud -Talleres de salud integral -Conversatorios y recorrido por las experiencias comunitarias	(Martín-Baró 2006; Guinsberg 2006; Amarante 2007; Stolkiner 2013)	Acta de entrega, correo, facturas, informe, nota conceptual, registros de asistencia, fotografías

	Desinstitución de la salud mental	-Reunión en Administración zonal -Brigadas de protección -Talleres - Proceso sostenido de intervención en infraestructura y gestión social (comunitaria y unidades habitacionales)	(Basaglia 1972; Amarante 2007; Stolkiner 2022)	Actas de entrega de obra, acuerdos con familias alojadas y autorizaciones fotográficas, acuerdos con los/las propietarios/as, correos electrónicos, facturas, fotografías, registros de asistencia
	Crítica a modelo biomédico	-Brigadas de salud -Conversatorios y recorrido por las experiencias comunitarias	(Amarante 2007; Guinsberg 2006; Rodríguez 2010)	Acta de entrega, correo, facturas, informe, nota conceptual, registros de asistencia, fotografías
Redes comunitarias	Liderazgo comunitario	-Diagnóstico participativo -Brigadas de protección -Talleres - Ferias	(Dabas y Perrone 1999; Bang y Stolkiner 2013; Lacerda 2013)	Actas de entrega, afiche, facturas, informe, registros de asistencia, fotografías
	Prácticas de cuidado colectivo	-Brigadas de Protección -Ferias -Talleres -Mingas	(Dabas y Perrone 1999; Lacerda 2013; Bang 2014; Rodríguez y Montenegro 2016; Onocko-Campos, Davidson y Desviat 2021; Stolkiner 2022)	Acta de entrega, facturas, informe, registros de asistencia, fotografías
	Incidencia en políticas públicas	-Reunión en Administración zonal -Socialización de proyecto de investigación	(Dabas y Perrone 1999; Onocko-Campos, Davidson y Desviat 2021; Stolkiner 2022)	Correo electrónico, fotografías
Género	Liderazgo femenino	-Historia de vida -Brigadas de protección -Talleres	(Batthyány 2004; Montero 2006; Lagarde 2012; Stolkiner y Ardila 2012)	Publicación en redes sociales Acta de entrega, facturas, informe, publicación en redes sociales (Facebook), registros de asistencia, fotografías

	Teoría feminista de los cuidados	-Conversatorios y recorridos por las experiencias comunitarias -Brigadas de protección -Talleres	(Batthyány 2004; Lagarde 2012; Segato 2016)	Actas de entrega, facturas, nota conceptual, registros de asistencia, fotografías
	Interseccionalidad	-Conversatorios y recorridos por las experiencias comunitarias -Brigadas de salud	(Crenshaw 1991; Breilh 1991)	Actas de entrega, facturas, informe, nota conceptual, registros de asistencia, fotografías

Fuente: Las mencionadas en la tabla
Elaboración propia

3. Análisis multinivel

Durante la sistematización se organizaron las actividades desarrolladas en el territorio entre 2023 y 2025 en una matriz de reconstrucción que identificó de manera cronológica cada acción, sus objetivos, resultados y evidencias (Anexo 2). Estas actividades fueron clasificadas en los niveles general, particular e individual dentro de la matriz de sistematización (Anexo 3), lo que facilitó su articulación con las categorías principales y secundarias, los elementos de interpretación desde la salud mental crítica, y las tensiones y límites del trabajo. Este proceso permitió reconocer doce dimensiones protectoras que atraviesan los tres niveles y que sostienen las redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental en Santa Rita (Tabla 3).

3.1. Nivel general

En el nivel general, el análisis situó la experiencia del barrio Santa Rita en el marco de las estructuras históricas que organizan la vida social y la producción de la salud. En esta dimensión se identificaron los procesos amplios de la reproducción social, como el modelo económico, el orden político, la urbanización desigual, el machismo y las violencias estructurales que atravesaron a la comunidad y se expresaron en las condiciones de vida. Desde esta lectura, el nivel general ofrece un contexto que entiende cómo estas determinaciones estructurales incidieron en las experiencias comunitarias de Santa Rita.

Determinaciones estructurales que configuran el territorio

En esta dimensión, se reconoce que la salud mental está socialmente determinada por un modo de producción capitalista que condiciona las posibilidades de bienestar colectivo (Breilh 2023, 27-8). Este modelo organiza la vida social mediante relaciones de poder que distribuyen de forma desigual los daños y las posibilidades de bienestar (Breilh 2010a, 4). Por ello, en América Latina el capitalismo ha configurado territorios marcados por la precarización laboral, la explotación de los cuerpos y el deterioro de la naturaleza. La inseguridad económica, la informalidad, la violencia y la fragmentación de los lazos comunitarios genera efectos psicosociales donde la angustia, el miedo o la desesperanza se convierten en expresiones de un sistema que mercantiliza la vida (Capella 2023, 2).

En este escenario, Breilh (2010b, 96) advierte que la urbanización neoliberal produce paisajes fragmentados en los que conviven zonas opulentas con periferias precarizadas que asumen los costos de la vida. En el caso ecuatoriano, estas dinámicas se materializan en ciudades como Quito cuya configuración histórica ha estado marcada por profundas desigualdades territoriales. La segregación residencial, la especulación del suelo y la expulsión de los sectores populares hacia áreas periféricas sin infraestructura ni servicios básicos han consolidado una ciudad en la que las oportunidades se distribuyen de manera inequitativa, con efectos directos sobre las condiciones de vida y el bienestar psicosocial de la población (Carrión y Erazo 2012, 506-9).

Habitabilidad y cuidado

En este escenario, Santa Rita constituye una expresión concreta de estas dinámicas estructurales presentes en muchos barrios del país. Las experiencias desarrolladas entre 2023 y 2025 evidenciaron que, aunque el barrio carga con la herencia de un desarrollo urbano excluyente, también se consolidan prácticas colectivas que transforman la vida cotidiana. El trabajo comunitario articulado posibilitó intervenciones de mejora en viviendas y espacios públicos como centros comunitarios, mostrando cómo las adecuaciones en habitabilidad funcionan como prácticas de cuidado que dignifican la vida (Breilh 2010b, 99).

Estas intervenciones evidenciaron además que el cuidado del espacio físico se vincula con la salud y el tejido social. Las viviendas rehabilitadas y los acuerdos vecinales generaron condiciones de seguridad, convivencia y pertenencia que funcionaron como procesos protectores frente a la precariedad habitacional y la conflictividad cotidiana (Breilh 2010b). Del mismo modo, la recuperación de los espacios comunitarios se

consolidó como un lugar de encuentro donde la salud se construye de forma colectiva, al favorecer una mayor sensación de seguridad, disminuir el estrés y fortalecer los lazos comunitarios.

Si bien se reafirma que garantizar infraestructura y servicios es responsabilidad del Estado, su intermitencia llevó a que organizaciones barriales asumieran tareas de acompañamiento y bienestar para las familias de Santa Rita. Estas prácticas mostraron que la coordinación comunitaria se convierte en un pilar de protección en un territorio marcado por la desigualdad estructural. Desde un enfoque de género, se destaca el rol de las mujeres lideresas quienes durante estas experiencias ocuparon un espacio históricamente masculinizado de toma de decisiones sobre el ámbito público (Segato 2016, 94).

Espacios de acogida y migración

Ecuador se ha convertido en un país de destino, tránsito y acogida para la población migrante. El país alberga cerca de 416 800 personas refugiadas y migrantes venezolanas, muchas de ellas en situación de necesidades humanitarias y con barreras para acceder a vivienda, servicios y empleo (R4V 2023). En este contexto, el sur de Quito se presenta como un territorio de llegada debido a su mayor accesibilidad económica, la presencia de otras familias migrantes y la disponibilidad de vivienda a bajo costo. Estas zonas populares como Santa Rita se vuelven espacios de acogida donde la población local y en situación de movilidad comparten condiciones de vulnerabilidad, pero también prácticas de solidaridad y cuidado.

En Santa Rita, durante 2023 y 2025 se realizaron ferias de derechos humanos y eventos conmemorativos por fechas emblemáticas de la migración y el refugio, estas experiencias revelaron que la movilidad humana puede transformarse en un factor de fortalecimiento comunitario. Según Montero (2006), la participación y la organización barrial generan procesos relacionales que consolidan la identidad y el tejido comunitario al crear vínculos de pertenencia, apoyo mutuo y compromiso. Esta perspectiva permite comprender cómo la llegada de población migrante, sostenida por redes locales, contribuye a enriquecer el tejido social y a fortalecer procesos protectores de la salud mental, al reducir prácticas de xenofobia y discriminación.

Desigualdad de género

En Santa Rita estructuras machistas se expresaron en la sobrecarga de trabajo doméstico y comunitario, la exposición a VBG, la inseguridad en el espacio público y la persistencia de roles que restringen el acceso de las mujeres a recursos materiales y simbólicos. Estas desigualdades se agudizan en contextos donde los Estados son débiles, los servicios son escasos y los territorios carecen de condiciones dignas para sostener la vida, configurando escenarios donde el patriarcado se reafirma y se perpetúa (Lagarde 2012, 613).

En este contexto, actividades como ferias comunitarias de prevención de la VBG funcionaron como actos políticos que interpelan la violencia machista estructural en el espacio público. Si bien estas acciones no desestructuraron el sistema patriarcal, sí generaron transformaciones simbólicas al abrir espacios donde la comunidad pudo reconocer las violencias, compartir memorias y transformar el silencio en resistencia. Dado que la violencia de género se inscribe en relaciones históricas que organizan cuerpos y territorios, cada acto de visibilización operó como un proceso protector al cuestionar las determinaciones que afectan la salud mental de las mujeres (Segato 2016, 43-8).

Acceso a salud y respuestas comunitarias

A su vez, las políticas públicas de salud configuran el marco estructural que determina las posibilidades de acceso, atención y bienestar de la población. En Santa Rita, las brechas entre el marco normativo y su implementación se tradujeron en un acceso limitado a los servicios. Cuando los sistemas de salud no abordan las condiciones sociales que producen sufrimiento, se profundiza la distancia entre la política y la vida cotidiana. De este modo, la comunidad enfrenta la paradoja de un Estado que reconoce derechos, pero no garantiza las condiciones materiales ni los servicios accesibles para ejercerlos (Onocko-Campos, Davidson y Desviat 2021).

En este contexto, experiencia como las brigadas de salud surgieron como una respuesta colectiva frente a las limitaciones en salud. En estos espacios, la atención se articuló con las redes locales para ampliar el acceso y acercar el cuidado al barrio. Desde la salud crítica, estas brigadas se comprendieron como prácticas de participación y corresponsabilidad en las que la comunidad se involucró en la producción de la salud. Las lideresas actuaron como mediadoras entre la organización, los servicios y la comunidad, sosteniendo vínculos de confianza y acompañamiento emocional. Esta atención cercana

y mediada por redes operó como reparación simbólica al situar el sufrimiento en un espacio colectivo (Amarante 2007).

Conclusiones a nivel general

En el nivel general, la experiencia de Santa Rita demostró que las redes comunitarias lideradas por mujeres constituyen respuestas frente a condiciones estructurales de precarización, machismo, discriminación e inseguridad territorial. Como proponen Bang y Stolkiner (2013, 131-34), la organización colectiva emerge cuando las comunidades enfrentan obstáculos que amenazan la vida y requieren formas alternativas de sostenerla. En este sentido, las redes barriales se configuraron como procesos protectores capaces de generar vínculos, espacios de encuentro y prácticas de cuidado que contrarrestan el desgaste emocional y la fragmentación social.

No obstante, en este nivel se evidenciaron tensiones estructurales que condicionan la sostenibilidad de estos procesos. Estas tensiones se vinculan con un proceso de urbanización sin planificación que ha reproducido desigualdades persistentes en el acceso a servicios básicos, afectando las condiciones de vida de la población. A ello se suma, la ausencia o el incumplimiento de políticas públicas en salud, educación, integración y empleo desplaza hacia las comunidades la responsabilidad de responder a problemáticas que superan sus capacidades materiales, mientras la corresponsabilidad con las autoridades locales se mantiene limitada, retrasando la consolidación de estrategias públicas que respalden el trabajo comunitario.

Desde la perspectiva de la salud mental crítica, estas prácticas constituyen una defensa colectiva de la vida frente a las determinaciones que producen sufrimiento, contribuyendo además a desplazar el malestar del ámbito clínico hacia espacios comunitarios donde puede ser nombrado, acompañado y comprendido. En este sentido, las actividades analizadas se expresan como dimensiones protectoras que incluyen: acceso a derechos, participación e incidencia en políticas públicas, construcción de espacios comunitarios seguros, y reconocimiento y organización frente a determinantes estructurales.

3.2. Nivel particular

El nivel particular se ubica entre el nivel general donde actúan las estructuras históricas, económicas, políticas y sociales, y el nivel individual donde estas determinaciones se expresan en las subjetividades y corporalidades de cada persona. En

esta intersección se visibilizan las prácticas, vínculos y dinámicas que configuran la vida colectiva en el territorio (Breilh 2023, 28). Por ello, la organización comunitaria aparece como una expresión de la reproducción social y como un espacio donde se elaboran respuestas frente al sufrimiento psicosocial que atraviesa a las comunidades, convirtiendo el malestar en experiencias compartidas y en acción colectiva (Bang y Stolkiner 2013).

Diagnósticos y mingas

Dentro del proceso sistematizado entre 2023 y 2025 los diagnósticos participativos ocuparon un lugar central en el levantamiento y comprensión de las prácticas, recursos y necesidades del barrio. En estos espacios las redes comunitarias junto con la organización convocaron a la comunidad, escucharon las demandas de distintos grupos sociales y promovieron soluciones construidas colectivamente. Los diagnósticos participativos fueron espacios que activaron la palabra, organizaron la escucha y transformaron preocupaciones dispersas en necesidades compartidas, generando vínculos y cohesión social.

En esta misma línea, las mingas comunitarias y las acciones de mejora de habitabilidad revelaron que la participación barrial es una práctica que transforma la vida cotidiana al convertir el territorio en un espacio de cuidado. Estas experiencias de apropiación fortalecieron vínculos solidarios, redujeron tensiones y consolidaron un sentido de pertenencia, al tiempo que mejoraron espacios familiares haciendo del barrio un entorno más seguro y habitable. Desde la salud mental crítica, la participación comunitaria es el eje fundamental, participar implica construir sentido común, fortalecer vínculos y activar capacidades (Bang y Stolkiner 2013).

Brigadas de protección y salud

A su vez, las brigadas de protección evidenciaron cómo las redes del barrio organizaron respuestas concretas frente a necesidades colectivas. Las mujeres lideresas, junto con la organización, definieron prioridades, gestionaron los espacios y convocaron a las familias. En estas jornadas se realizaron actividades como inscripción educativa, orientación para la regularización migratoria y espacios recreativos para NNA. Estas acciones generaron dinámicas de apoyo mutuo y expresaron formas de cuidado comunitario que articulan educación, juego, protección y bienestar psicosocial (Bang y Stolkiner 2013).

Continuando con el análisis de esta dimensión, las experiencias de brigadas de salud demostraron cómo las redes comunitarias organizaron respuestas frente a determinaciones que afectan la salud física y emocional. La perspectiva antipsiquiátrica profundiza esta lectura al mostrar que el sufrimiento frente a la precarización de la salud en un sistema sanitario colapsado no puede abordarse como un problema individual, sino que se inscribe en la lucha compartida del barrio por acceder a una atención digna (Amarante 2007). En este contexto, las redes comunitarias generaron espacios de escucha y contención donde el malestar se legitima y se acompaña desinstitucionalizando el cuidado.

Talleres

Entre 2023 y 2025, una de las experiencias más numerosas fueron los talleres desarrollados en el barrio sobre protección, migración, salud, derechos humanos, liderazgo, y otras temáticas, que mostraron cómo la formación colectiva funciona como un proceso protector de salud mental. Más allá de los contenidos específicos estos espacios fortalecieron vínculos, generaron conocimiento horizontal y consolidaron prácticas de participación, educación e intercambio como fuentes de bienestar y salud (Stolkiner 2022). Con ello, la comunidad amplió su capacidad para enfrentar de manera conjunta los efectos psicosociales de la vulneración de derechos.

En específico, los talleres relacionados con la prevención de la VBG revelaron cómo las redes comunitarias funcionan como procesos protectores de salud mental con enfoque de género. Al construir espacios seguros para nombrar la violencia, compartir experiencias y reconocer apoyos, los talleres transformaron el sufrimiento individual en experiencia social (Rodríguez y Montenegro 2016, 18). La reflexión sobre rutas y mecanismos de protección expresaron la capacidad de las redes para enfrentar estructuras como machismo y violencia. Esto, se suma la lectura feminista, donde el reconocimiento mutuo, la sororidad y la construcción de alianzas entre mujeres transforma el miedo y la subordinación en resistencia (Lagarde 2012, 31-3).

Gestión y remisión de casos

En el nivel particular, el proceso sostenido de gestión y remisión de casos para el acceso a asistencia legal, psicológica, alimentaria, de vivienda y de salud evidenció cómo las redes comunitarias y las familias de Santa Rita se organizaron frente a sus demandas. Las mujeres lideresas sostuvieron este trabajo a través de la escucha y la articulación con

instituciones públicas y privadas, creando rutas de apoyo que enfrentaron situaciones de aislamiento, angustia y desprotección. Esta dinámica reafirma a las redes como un soporte fundamental de la salud mental, al reconocer la contención y el acompañamiento como prácticas que producen bienestar psicosocial desde lo colectivo (Stolkiner 2022).

Conclusiones del nivel particular

En definitiva, en este nivel se destaca la participación social como un elemento central, pues constituye el mecanismo mediante el cual las comunidades transforman su cotidianidad y generan condiciones de bienestar psicosocial. El análisis muestra que las determinaciones estructurales descritas en el nivel general se enfrentan y resignifican a través de prácticas colectivas. Esto se expresa en el barrio de Santa Rita en dimensiones protectoras que atravesaron las distintas actividades analizadas como: el acompañamiento psicoemocional, el fortalecimiento del tejido comunitario y el reconocimiento de saberes locales.

Sin embargo, aun cuando las redes comunitarias muestran una gran capacidad para proteger la salud mental en condiciones adversas, es necesario reconocer las tensiones que atraviesan estos procesos. La participación comunitaria implica asumir múltiples tareas de acompañamiento emocional, mediación y organización barrial, generando una carga que no cuenta con apoyos suficientes. Esta sobrecarga del cuidado, históricamente feminizada, se pudo observar en Santa Rita donde las mujeres que lideran también sostenían múltiples responsabilidades de cuidado en otros ámbitos. Al no contar con remuneración económica, este trabajo se sumaba a sus labores de cuidado en el hogar, en las escuelas y en sus actividades laborales.

La sistematización también identificó tensiones internas en las redes comunitarias, evidenciando que estos espacios están atravesados por disputas y desacuerdos. Se registraron conflictos vinculados a la movilidad humana, la inseguridad, la fragmentación barrial y las disputas por la legitimidad organizativa. En algunos momentos, autoridades locales retiraron el uso de centros comunitarios por la falta de una directiva regularizada, evidenciando brechas entre las formas organizativas del territorio y los mecanismos municipales de validación. Frente a ello, la comunidad avanzó en la regularización de sus liderazgos y reafirmó su lugar en la gestión del territorio. De este modo, el análisis evita idealizar la acción comunitaria y subraya la necesidad de fortalecer la corresponsabilidad institucional.

3.3. Nivel individual

El nivel individual comprende cómo las determinaciones estructurales y las prácticas colectivas particulares adquieren forma en las experiencias personales, emociones y manifestaciones corporales de las mujeres de Santa Rita. Aquí se reconoce que la subjetividad es una forma de vivir las desigualdades, la pobreza urbana, la xenofobia, la violencia de género y la migración en los cuerpos, en los afectos y en las emociones (Breilh 2023). Este nivel recoge la dimensión íntima del sufrimiento y del cuidado, entendiendo que cada mujer construye su salud mental desde su historia personal en relación con los vínculos y el entorno.

Durante el acompañamiento territorial las mujeres de Santa Rita expresaron responsabilidad constante, miedo frente a la violencia, ansiedad por cubrir necesidades básicas, preocupación por sus hijos e hijas, cansancio acumulado y necesidad de acompañamiento psicosocial. De igual modo, mostraban cómo el malestar psíquico se intensifica cuando no existen condiciones materiales ni instituciones estatales que las acompañen. Tal como señala Capella (2023), la angustia y la desesperanza expresan los efectos de un sistema social que precariza las vidas y limita las posibilidades de descanso o cuidado.

Conversatorios e historias de vida

Dentro de la sistematización de experiencias a nivel individual, estas actividades se volvieron una de las formas más potentes para comprender la dimensión subjetiva de las mujeres. Este tipo de actividades permitieron que cada participante encontrara un espacio donde expresar emociones, recordar momentos de su vida y sentirse escuchada con respeto y sin juicio. La palabra compartida creó vínculos que fortalecieron el sentido de pertenencia y aliviaron el sufrimiento. Estos espacios permitieron que las mujeres ampliaran su confianza para pedir apoyo, expresar lo que sintieron y ubicar su lugar en la comunidad.

Desde la epidemiología crítica, estas experiencias de malestar surgen de determinaciones sociales desde una triple inequidad de género clase y etnia, a lo que se suma su estatus migratorio (Breilh 1991). En especial para las mujeres migrantes, nombrar pérdidas, temores y vivencias del desplazamiento abrió un proceso de reconocimiento emocional sostenido por otras mujeres. Estos espacios afianzaron la salud mental al promover vínculos que restituyeron dignidad y aceptación frente al duelo migratorio. A la par, se trabajaron sentimientos de resiliencia y orgullo por haber

atravesado recorridos complejos y esperanza al encontrar redes de apoyo en un nuevo país.

Acompañamiento individual

Aunque los espacios comunitarios acompañaron gran parte de los procesos emocionales, en el nivel individual también surgió la necesidad de iniciar atenciones psicológicas especializadas a través de procesos sostenidos de gestión y remisión interinstitucional de casos de protección. Esta experiencia permitió acompañar emocionalmente a las mujeres y comprender su sufrimiento desde una perspectiva no patologizante. Se destaca que, desde la salud mental crítica no se rechaza la atención individual, puesto que es legítima y necesaria y debe ser accesible para todas las personas, lo que se cuestiona es la tendencia a reducir el bienestar a intervenciones clínicas que dejan fuera las condiciones que generan y perpetúan el malestar (Amarante 2007).

Violencia

Esta dimensión comprendió cómo la VBG quedan inscritas en los cuerpos y memorias de las mujeres (Segato 2016). En este marco, los talleres de prevención y rutas de protección ofrecieron espacios para reconocer la violencia como determinante social del sufrimiento, promoviendo reparación simbólica a través de la palabra y el acompañamiento entre pares. Las participantes identificaron que la violencia surge de relaciones de poder desiguales en estructuras machistas, lo que motivó a transformar el miedo y la culpa acciones colectivas de transformación (Lagarde 2012). En consecuencia, los talleres se configuraron como un espacio protector para cada mujer al fortalecer la confianza personal y encontrar en la comunidad un espacio seguro frente a la violencia.

Liderazgo

Otras experiencias, como los talleres de liderazgo, fortalecieron la capacidad de las mujeres para reconocer sus emociones, comprender su historia y asumir un rol activo en el cuidado del barrio. A partir de esta formación, cada mujer fortaleció sus habilidades para acompañar y orientar situaciones complejas en la vida cotidiana de Santa Rita, desarrollando herramientas para enfrentar el estrés, resolver conflictos y ejercer liderazgo comunitario. Desde la salud mental crítica, estos aprendizajes se transforman en recursos subjetivos que permiten reconocer riesgos, activar apoyos en la comunidad y brindar contención frente a las tensiones.

Corporalidad

Las brigadas de salud y los talleres de salud integral permitieron que las mujeres exploraran su cuerpo y sus emociones desde un enfoque que despatologiza el malestar. Estos espacios promovieron procesos de reconocimiento del cuerpo, cuidado personal y expresión emocional frente al estrés y las violencias cotidianas. En esta línea, la antipsiquiatría advierte que el orden neoliberal tiende a individualizar el sufrimiento y a responsabilizar a las personas por no ajustarse a ideales de productividad y felicidad asociados al consumo, desplazando la atención de las causas estructurales hacia fallas personales (Guinsberg 2006, 69-71). Frente a ello, los talleres recuperaron la dimensión colectiva del cuidado, permitiendo comprender la tristeza, el miedo y la ansiedad como experiencias sociales y no como errores individuales.

Conclusiones del nivel individual

A nivel individual estos procesos muestran que el cuidado emocional se fortalece a través de los vínculos. En análisis evidencia que las mujeres de Santa Rita fortalecieron su salud mental al encontrar espacios donde fue posible reorganizar emociones, recuperar la confianza y reconocerse como parte de la comunidad. Este proceso se expresó en dimensiones protectoras como: el cuidado comunitario con enfoque de género, el empoderamiento y reconocimiento del liderazgo femenino y la despatologización del sufrimiento. De este modo, incluso en contextos de exclusión, las mujeres continúan abriendo caminos de libertad y cuidado compartido (Solíz et al. 2019).

Así también, el proceso vivido entre 2023 y 2025 presentó tensiones que deben ser reconocidas en esta dimensión. Primero, las actividades centradas en la palabra y en la memoria emocional pueden reactivar dolores profundos que requieren acompañamiento especializado, lo que coloca a las lideresas en situaciones de alta carga afectiva. Segundo, su participación voluntaria implica un compromiso valioso, aunque puede derivar en agotamiento cuando enfrentan casos graves sin el apoyo necesario (Montero 2004). Tercero, las prácticas de cuidado que fortalecen la salud mental individual no transforman por sí mismas las condiciones estructurales que siguen afectando al territorio en dimensiones particulares y generales.

3.4. Conclusiones análisis multinivel

En síntesis, el análisis multinivel muestra que la salud mental en Santa Rita se configuró en la articulación entre estructura, comunidad y subjetividad. En el nivel general se visibilizaron estructuras como el neoliberalismo, la migración, el machismo y la desigualdad territorial que organizaron el hábitat y definieron las posibilidades de bienestar. En el nivel particular se observaron prácticas de cuidado colectivo y organización comunitaria que transformaron el territorio en un espacio de protección para la salud mental. En el nivel individual se expresaron emociones y corporalidades que mostraron cómo las mujeres elaboraron cuidado, resiliencia y autonomía.

Sumado a ello, este proceso mostró que las redes comunitarias se consolidaron como mediadoras entre las tensiones del territorio y el bienestar psicosocial del barrio al activar prácticas de cuidado que fortalecieron vínculos, ampliaron la participación y generaron reconocimiento mutuo. En esta interacción, lo colectivo adquirió un papel central en la protección de la salud mental de la comunidad, puesto que las redes acompañaron el malestar y generaron condiciones para su transformación. De esta manera, el cuidado se expresó como una práctica relacional que sostuvo la salud mental desde lo colectivo.

4. Dimensiones protectoras

A partir de la sistematización multinivel se identificaron elementos comunes de protección presentes de manera transversal en todas las actividades desarrolladas entre 2023 y 2025. Estos elementos fueron clasificados, descritos y analizados en relación con la salud mental de la comunidad, dando lugar a doce dimensiones protectoras que se expresaron en las redes comunitarias de Santa Rita (Tabla 3). Cada dimensión da cuenta de formas concretas de organización, cuidado y resistencia en el territorio que en su conjunto permiten comprender cómo se configura la protección colectiva de la salud mental. La sistematización de estas dimensiones constituye un aporte original de esta investigación, en tanto no reproduce clasificaciones preexistentes.

Estas dimensiones fueron: acceso a derechos humanos; participación ciudadana e incidencia en políticas públicas; reconocimiento y organización frente a determinantes estructurales; fortalecimiento del tejido comunitario y la cohesión social; empoderamiento del liderazgo comunitario; empoderamiento del liderazgo femenino; cuidado comunitario con enfoque de género; acompañamiento psicoemocional colectivo; despatologización del sufrimiento; construcción de espacios seguros y gestión de riesgos

territoriales; procesos de cooperación y seguridad socioeconómica; y reconocimiento y legitimación de saberes comunitarios.

Tabla 3

Matriz de dimensiones protectoras en redes comunitarias Santa Rita 2023-2025

Nº	Dimensión protectora	Descripción de la dimensión
1	Acceso a derechos humanos	Acciones que garantizan condiciones materiales, sociales y simbólicas para la vida digna.
2	Participación ciudadana e incidencia en políticas públicas	Organización comunitaria para influir en decisiones estatales, locales y territoriales.
3	Reconocimiento y organización frente a determinantes estructurales	Nombrar, analizar y enfrentar colectivamente pobreza, violencia, machismo, discriminación, inseguridad y precarización.
4	Fortalecimiento del tejido comunitario y cohesión social en el territorio	Construcción y sostenimiento de vínculos comunitarios que facilitan apoyo mutuo, cooperación y acciones colectivas.
5	Empoderamiento y reconocimiento del liderazgo comunitario	Visibilización y fortalecimiento del liderazgo barrial como motor de organización, cuidado y transformación colectiva.
6	Empoderamiento y reconocimiento del liderazgo femenino	Visibilización y fortalecimiento de mujeres como personas políticas, organizativas y epistémicas en el barrio.
7	Cuidado comunitario desde una perspectiva de género	Redistribución del cuidado y construcción de redes comunitarias que protegen especialmente a mujeres, niñas, niños y grupos vulnerados, desde una mirada crítica de género.
8	Acompañamiento psicoemocional comunitario	Prácticas colectivas de apoyo, escucha y contención emocional articuladas desde redes comunitarias.
9	Despatologización del sufrimiento y acompañamiento comunitario	Reconocimiento del sufrimiento como experiencia social y colectiva, acompañado por redes locales de apoyo y cuidado emocional que ofrecen contención desde los vínculos comunitarios y cuestionan la lectura individualizante del modelo biomédico.
10	Construcción de espacios comunitarios seguros y gestión de riesgos territoriales	Acciones colectivas que crean y sostienen espacios seguros, habitables y protectores, enfrentando riesgos sociales y urbanos.
11	Procesos comunitarios de cooperación y seguridad socioeconómica	Acciones que fortalecen la cooperación económica, la estabilidad material y la seguridad del barrio.
12	Reconocimiento y legitimación de saberes comunitarios	Validación de conocimientos locales, experiencias y prácticas comunitarias como saber legítimo.

Fuente y elaboración propia

4.1. Desarrollo y resultados de las dimensiones protectoras

A continuación, se presentan las doce dimensiones protectoras identificadas en la sistematización, junto con su descripción y ejemplos que permiten comprender su expresión y aporte a la protección de la salud mental desde una perspectiva crítica:

La primera dimensión protectora corresponde al acceso a derechos humanos como una práctica sostenida desde las redes comunitarias. En el proceso acompañado en Santa Rita varias familias manifestaron cómo el acceso a información, servicios y rutas de protección redujeron la incertidumbre y la sensación de desprotección, especialmente en población en situación de vulnerabilidad como personas en movilidad humana, víctimas y sobrevivientes de violencia, y NNA. Actividades como ferias, brigadas de salud y brigadas de protección acercaron recursos antes inaccesibles a la comunidad. De forma que, la salud mental se protegió al disminuir el miedo y el estrés asociado a la vulneración de derechos generando mayor seguridad y autonomía.

La segunda dimensión protectora concierne a la participación ciudadana y la incidencia en políticas públicas reflejada en la progresiva vinculación de las redes comunitarias con espacios de decisión local. A lo largo del proceso, se observaron transformaciones en el trabajo organizativo pasando de acciones centradas en la resolución de necesidades a ejercicios de incidencia. Esto se reflejó en reuniones, espacios de diálogo con autoridades y procesos de vocería comunitaria donde la participación fortaleció el sentido de pertenencia. Estas actividades contribuyeron al bienestar psicosocial al mejorar la confianza y el reconocimiento de la organización comunitaria como una vía legítima para mejorar las condiciones de vida del barrio.

En tercera dimensión protectora se aborda al reconocimiento y la organización frente a determinantes estructurales plasmada en la capacidad de las redes para nombrar colectivamente las condiciones de violencia, precarización y discriminación presentes en el territorio. Diagnósticos comunitarios, ferias para la prevención de violencia, y conversatorios se consolidaron como espacios de reflexión y diálogo donde las problemáticas dejaron de vivirse como experiencias aisladas para ser comprendidas como dinámicas estructurales. En esta línea, la salud mental se sostuvo al reducir la carga individual del malestar y generar sentidos colectivos frente a la adversidad.

La cuarta dimensión protectora es el fortalecimiento del tejido comunitario y la cohesión social en el territorio expresado en la consolidación de vínculos de apoyo y cooperación entre las personas de la comunidad. Durante 2023 y 2025, las redes comunitarias profundizaron sus formas de encuentro y articulación mediante mingas, talleres de: liderazgo, inclusión socioeconómica, de prevención de riesgos, de salud, y otros. En este contexto, personas de la comunidad mencionaron sentirse incluidas y fortalecidas al contar con redes de apoyo cercanas que sostienen física y emocionalmente a las personas.

La quinta dimensión protectora refiere al empoderamiento y reconocimiento del liderazgo comunitario. En todas las actividades desarrolladas en el barrio se acompañaron a los habitantes del barrio para fortalecerse como lideresas y líderes asumiendo funciones de articulación, acompañamiento y gestión. Este reconocimiento apuntaló la legitimidad de los liderazgos y su capacidad de convocatoria en el barrio de Santa Rita. Al contar con referentes cercanos que orientan, contienen y movilizan a la comunidad, las personas identificaron a quién acudir frente a necesidades, situaciones de violencia, educación o procesos de movilidad. Esto generó mayor claridad, apoyo y acompañamiento en la vida cotidiana incidiendo en su bienestar psicosocial.

La sexta dimensión protectora se presenta como el empoderamiento y reconocimiento, específicamente, del liderazgo femenino lo que demuestra el papel central de las mujeres en la organización de las redes comunitarias. Mujeres de nacionalidad ecuatoriana, venezolana y colombiana se unieron desde diversos espacios para acompañar sus propias necesidades, las de sus familias y las de la comunidad. Este proceso se expresó en conversatorios, brigadas de protección y acceso a derechos, y talleres de salud y prevención de la violencia. De este modo, el liderazgo femenino se configuró como un eje fundamental en la protección colectiva de la vida y la salud.

La séptima dimensión protectora corresponde al cuidado comunitario desde una perspectiva de género que expresa la organización de prácticas de cuidado compartido en Santa Rita. Si bien se reconoce que el cuidado sigue siendo una tarea feminizada, progresivamente se evidenció una redistribución de las cargas y la generación de apoyos entre mujeres, familias e instituciones. Prácticas como brigadas de protección para el acceso a educación, juego y cuidado NNA, mingas comunitarias, y el proceso sostenido de gestión y remisión de casos de protección sostuvieron estas dinámicas. En este proceso, las lideresas señalaron que la creación de redes y entornos de confianza disminuyó de la sobrecarga de tareas mejorando su calidad de vida.

La octava dimensión protectora es el acompañamiento psicoemocional comunitario centrado en la escucha y contención emocional en Santa Rita. A través de las redes comunitarias y directivas barriales, se generaron espacios donde las personas compartieron experiencias, expresaron emociones y encontraron acompañamiento frente a situaciones de angustia. Actividades como conversatorios, ferias y talleres para la prevención de la VBG, y diagnósticos participativos facilitaron estas prácticas. Estos espacios contribuyeron a disminuir el miedo, la tristeza y el aislamiento, fortaleciendo

vínculos de confianza en el territorio. Por lo cual, el bienestar emocional se sostuvo a partir de redes cercanas que brindan apoyo y contención a la comunidad.

La novena dimensión protectora aborda la despatologización del sufrimiento y su acompañamiento desde una comprensión del malestar como experiencia compartida. Durante la experiencia sistematizada, esto se materializó en brigadas y talleres de salud más cercanos, brigadas de protección centradas en el juego y el cuidado, y un proceso sostenido de gestión y remisión de casos de protección. Estas prácticas permitieron nombrar colectivamente el dolor, el miedo y la angustia, favoreciendo una lectura menos individualizante del malestar y reduciendo sentimientos de culpa y aislamiento. A partir de ello, se generaron respuestas colectivas que acompañaron a las personas en momentos de vulnerabilidad y malestar.

La décima dimensión protectora alude a la construcción de espacios comunitarios seguros y la gestión de riesgos mediante acciones que mejoraron las condiciones de seguridad en el barrio. Las redes comunitarias junto con organizaciones desarrollaron estrategias para identificar riesgos y organizar respuestas colectivas frente a situaciones de inseguridad. Intervenciones en infraestructura, mingas, recuperación de espacios, acuerdos comunitarios y talleres de prevención de riesgos en articulación con actores locales contribuyeron a generar entornos más protegidos. En este proceso, la salud mental colectiva se vio favorecida al disminuir el miedo y la incertidumbre posibilitando el uso y apropiación de los espacios comunitarios en condiciones más dignas y seguras.

La undécima dimensión protectora concierne a los procesos comunitarios de cooperación y a la construcción de seguridad socioeconómica plasmada en acuerdos solidarios y apoyos cotidianos entre familias y habitantes del barrio. Ferias de servicios y acceso a derechos humanos, talleres de inclusión socioeconómica y apoyo a emprendimientos generaron un entorno de mayor confianza y respaldo. Así, durante el proceso de acompañamiento, las redes comunitarias consolidaron prácticas de intercambio, ayuda mutua y organización frente a necesidades materiales. En este proceso, la salud mental se fortaleció al reducir el estrés asociado a las condiciones económicas y al contar con apoyos cercanos para afrontar dificultades.

Por último, la duodécima dimensión protectora corresponde al reconocimiento y legitimación de los saberes comunitarios. Las mujeres y las redes comunitarias posicionaron sus propias formas de comprender y responder al malestar al desplazar miradas externas que tienden a deslegitimar estos saberes o a interpretarlos desde marcos externos. Herramientas como las historias de vida, los diagnósticos participativos, los

espacios de cierre del proceso y la sistematización permitieron visibilizar estas prácticas. Las mujeres se apropiaron de su papel en el territorio, actuando con mayor seguridad, organización y decisión. Este reconocimiento fortaleció la confianza en las capacidades comunitarias y en sus formas de cuidado de la salud mental, al validar las experiencias vividas y habilitar respuestas construidas desde el propio territorio.

4.2. Conclusiones dimensiones protectoras

Las doce dimensiones protectoras identificadas muestran que las experiencias comunitarias desarrolladas en Santa Rita entre 2023 y 2025 se articularon en torno a un conjunto de prácticas que sostuvieron y consolidaron a las redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental. Estas dimensiones reflejan cambios en el trabajo organizativo, que incorporó de manera progresiva el cuidado, la escucha, la organización y la acción colectiva como ejes centrales. Estas dimensiones muestran que la protección se construyó a partir de prácticas colectivas que disputaron las condiciones que generaban sufrimiento.

Este desplazamiento transformó la forma de vivir el malestar, que dejó de asumirse como una experiencia individual para ser comprendida y afrontada colectivamente desde prácticas construidas en el barrio. A partir de estas formas de organización, se redujo el aislamiento y se consolidaron entornos más seguros que sostienen la salud mental en la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, las dimensiones protectoras evidencian que el trabajo comunitario reconfiguró la manera en que el malestar se vive en el territorio reafirmando el carácter colectivo del bienestar psicosocial en Santa Rita.

Además, se reconoce que estos procesos estuvieron atravesados por tensiones, límites y contradicciones. Las dificultades en el acceso a recursos, las cargas desiguales de cuidado y los desafíos en la sostenibilidad de las acciones muestran que la protección de la salud mental es un proceso en construcción sostenido por esfuerzos continuos de varios actores. De este modo, la salud mental emerge como un proceso colectivo, sostenido en relaciones de cuidado, organización y solidaridad que, aun con sus tensiones, amplían las condiciones para una vida más digna.

5. Síntesis crítica de las redes comunitarias como procesos protectores

Desde la salud mental crítica, los resultados muestran que las redes comunitarias del barrio Santa Rita se configuraron como procesos protectores de la salud mental

colectiva. Esta condición se expresó en la articulación de los niveles estructural, comunitario y subjetivo, donde el cuidado se construyó en relación con las condiciones de vida, las dinámicas del territorio y las experiencias individuales. En un contexto atravesado por violencia, exclusión y desigualdad, las redes acompañaron el sufrimiento, organizaron respuestas colectivas e incidieron, desde sus posibilidades, en las condiciones que lo producían. Por lo tanto, constituyeron formas concretas de producción de salud en el territorio.

A su vez, el proceso de sistematización identificó doce dimensiones de protección que configuran el carácter protector de las redes comunitarias del barrio Santa Rita, evidenciando los elementos, prácticas y sentidos que las sostienen como procesos protectores de la salud mental. Estas dimensiones se expresaron de manera articulada y sostenida a lo largo del proceso, permitiendo comprender cómo las prácticas, los saberes y las formas organizativas sostuvieron el cuidado colectivo entre 2023 y 2025. A través de ellas, el cuidado se materializó en prácticas concretas que emergieron desde la experiencia comunitaria. En conjunto, estas dimensiones dieron cuenta de la capacidad colectiva de sostener, resignificar y transformar el sufrimiento.

Finalmente, las mujeres lideresas y la comunidad se posicionaron como sujetos de conocimiento capaces de producir saberes desde su experiencia situada. Sus trayectorias, prácticas y formas organizativas no solo sostuvieron el cuidado, también generaron lecturas propias sobre el malestar y sus formas de afrontamiento. De forma que, el territorio se constituyó como un espacio de aprendizaje donde se articularon memorias, experiencias y conocimientos colectivos. En este marco, la experiencia comunitaria se consolidó como un campo legítimo de producción de conocimiento, desplazando jerarquías tradicionales y reconociendo a la comunidad como actor central.

Capítulo cuarto

Redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental: modelo conceptual desde la salud mental crítica

El último capítulo propone un giro analítico que trasciende la sistematización de experiencias para avanzar hacia la construcción de un modelo conceptual. A partir del proceso desarrollado en el barrio Santa Rita entre 2023 y 2025, el capítulo organiza los principales aprendizajes sobre las redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental. Desde la perspectiva de la salud mental crítica, esta propuesta construye un marco analítico orientado a comprender cómo las prácticas comunitarias de cuidado, organización y resistencia configuran formas colectivas de protección de la salud mental.

Con este fin, el primer apartado presenta el modelo conceptual desde la articulación entre niveles estructural, comunitario y subjetivo como dimensiones que configuran de manera interrelacionada los procesos de salud mental. A su vez, el modelo recoge los elementos identificados en la sistematización y los organiza en una lectura que integra condiciones materiales, dinámicas organizativas y experiencias situadas. Esta construcción analítica da cuenta de la complejidad del cuidado comunitario y de las relaciones que sostienen la protección en ausencia de respuestas estatales e institucionales.

El segundo apartado profundiza en los aportes del enfoque de género, la interseccionalidad y las teorías del cuidado para analizar la centralidad de las mujeres en las redes comunitarias que sostienen la salud mental. Desde esta perspectiva, el análisis reconoce a las lideresas como sujetos que sostienen procesos organizativos, producen conocimiento y articulan respuestas frente al sufrimiento psicosocial. Asimismo, se incorpora una lectura interseccional que visibiliza cómo las desigualdades estructurales atraviesan la organización del cuidado en el territorio.

Finalmente, el capítulo aborda la salud mental como un derecho humano, situando su ejercicio en las condiciones necesarias para su cumplimiento y en su relación con la dignidad. Por lo tanto, la salud mental se vincula con el acceso a recursos, la participación y la posibilidad de construir vínculos que sostienen la vida en un escenario nacional marcado por la crisis del sistema público de salud. Desde esta mirada, las redes

comunitarias se configuran como el eje del modelo donde el cuidado se organiza y cobra sentido en el territorio.

1. Modelo de redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental

Como cierre de esta investigación, se propone un modelo conceptual que emerge de la sistematización de experiencias de las redes comunitarias de Santa Rita entre 2023 y 2025. Esta propuesta recoge la experiencia vivida en el territorio y la organiza desde el marco de la salud mental crítica, situando el conocimiento en las prácticas, saberes y formas organizativas que sostienen el cuidado colectivo. La propuesta no se limita a ordenar hallazgos, sino que formula una lectura de cómo se configura la protección de la salud mental en contextos de desigualdad, violencia y exclusión.

Este planteamiento se inscribe en la tradición de la salud colectiva latinoamericana y dialoga con un amplio campo de aportes, entre los cuales se destacan los de Stolkiner y Bang, quienes han contribuido a comprender la salud como un proceso histórico, social y políticamente determinado. Por esta razón, la investigación se posiciona en una perspectiva crítica que reconoce la salud mental como una construcción colectiva, situada y atravesada por relaciones de poder, desigualdad y exclusión. A partir de este diálogo teórico, se propone la salud mental crítica como una elaboración propia que articula estos aportes y los reconfigura desde la experiencia del territorio, colocando en el centro las prácticas comunitarias, los saberes locales y las formas de organización.

Para ello, este modelo se compone de cuatro elementos centrales que se articulan entre sí. En primer lugar, se ubican las redes comunitarias, que se transversalizan en el modelo, al articular los distintos niveles y sostener las prácticas de cuidado en el territorio. En este entramado, las mujeres lideresas ocupan un lugar central al activar redes, organizar acciones y acompañar situaciones complejas, construyendo respuestas tangibles frente al malestar. Su presencia dinamiza el cuidado en el barrio y lo sitúa como una práctica cotidiana con sentido político, donde el liderazgo se integra a la producción de salud.

En segundo lugar, se presenta el análisis de los niveles general, particular e individual, cuya articulación expresa la complejidad del proceso de salud evitando su fragmentación. Esta organización muestra cómo las condiciones estructurales se entrelazan con las dinámicas comunitarias y las experiencias subjetivas en la vida cotidiana. Desde la perspectiva crítica, la salud mental se configura en esa intersección, donde el malestar se inscribe en lo social y responde a contextos sociohistóricos

concretos. En consecuencia, al integrar estos niveles el análisis se desplaza hacia una comprensión más amplia del proceso de salud mental.

En tercer lugar, se presentan las doce dimensiones protectoras detalladas en capítulos anteriores, que constituyen un aporte analítico concreto para el modelo. Estas muestran cómo las comunidades participan, se acompañan y construyen vínculos en el territorio. Dado que, las dimensiones reflejan la manera en que la comunidad afronta el sufrimiento psicosocial desde lo colectivo, generando respuestas que preservan la salud mental. Así, las redes comunitarias articulan estas dimensiones de protección en los distintos niveles, donde el cuidado atraviesa la vida comunitaria.

Como cuarto elemento, se presenta el territorio que adquiere un lugar central al dar sentido a las dinámicas que producen la salud mental. En Santa Rita, el territorio se constituye como un entramado de relaciones, memorias y aprendizajes donde se hacen visibles las condiciones estructurales, pero también donde emergen respuestas colectivas que las enfrentan. En este contexto, el territorio se configura como un espacio de producción de cuidado, en el que se articulan prácticas, vínculos y formas de organización.

En definitiva, dentro del modelo propuesto, las redes comunitarias se constituyen como procesos protectores de la salud mental al articular condiciones estructurales, prácticas colectivas y experiencias subjetivas en el territorio. Esta articulación se expresa en las dimensiones protectoras, a través de las cuales se organizan acciones que permiten afrontar el malestar y sostener la salud mental en la vida cotidiana. En el territorio, estas acciones adquieren sentido en los vínculos, la participación y las formas de organización que fortalecen la capacidad comunitaria de protección. Desde la salud mental crítica, el modelo muestra que la protección de la salud mental se produce en esta trama relacional, donde lo comunitario configura respuestas frente a contextos adversos.

En este sentido, la propuesta aporta a la comprensión de la salud mental desde una perspectiva crítica que cuestiona enfoques tradicionales centrados en lo biológico y sitúa el análisis en las relaciones sociales y en las condiciones que configuran la salud en el territorio. A partir de ello, se abren posibilidades para pensar intervenciones ancladas en lo comunitario que reconozcan las capacidades existentes, desplacen miradas asistencialistas y resalten el papel activo de las comunidades en la producción de salud. En este marco, la salud mental se comprende como un proceso que se construye en lo colectivo, donde los vínculos y las formas de organización adquieren un lugar central para su sostenibilidad.

A partir de este modelo conceptual, se vuelve necesario profundizar en algunas de sus dimensiones para comprender los procesos de protección de la salud mental en el territorio. En particular, el enfoque de género, la interseccionalidad y las teorías del cuidado orientan el análisis hacia el papel de las mujeres en la configuración de las redes comunitarias. En esta línea, el siguiente apartado examina las condiciones que sostienen estos procesos y las tensiones que los atraviesan en la producción colectiva de la salud mental.

2. Enfoque de género y teorías del cuidado

En el modelo de redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental, el enfoque de género permite comprender el papel estructurante que ocupan las mujeres en las redes comunitarias. Retomando la perspectiva de la sistematización latinoamericana con enfoque de género, que plantea cómo las experiencias construidas por mujeres constituyen prácticas que cuestionan jerarquías, visibilizan saberes y las reconocen como sujetos capaces de interpretar y reconfigurar su experiencia (Torres et al. 2002).

Para profundizar en este análisis, se retoman los aportes de Lagarde (2012, 22-5), quien ubica al género como una estructura social que organiza desigualdades y sostiene relaciones de poder. Desde esta perspectiva, el sistema cultural establece la superioridad de lo masculino y normaliza la subordinación de lo femenino a través de expresiones como el machismo, la misoginia y la homofobia. Estas dinámicas se sostienen en un orden patriarcal que legitima la dominación masculina y asigna a las mujeres posiciones de menor reconocimiento social. Al naturalizarse, este orden define límites, expectativas y sanciones que condicionan la autonomía, la participación y la distribución del cuidado.

En este contexto, se reconoce que las mujeres en Santa Rita estuvieron atravesadas por múltiples tipos de violencia que expresaron el orden patriarcal en distintos planos de la vida social. Estas violencias respondieron a una estructura que refuerza desigualdades de género y legitima la subordinación femenina, manifestándose en dimensiones económicas, simbólicas e institucionales. Ocasionando a nivel comunitario, tensiones que se tradujeron en disputas simbólicas, dinámicas de exclusión y limitaciones a la participación de las mujeres en la vida barrial. Sin embargo, estos escenarios también dieron lugar a procesos organizativos que fortalecieron vínculos, abrieron espacios de diálogo y generaron condiciones más equitativas para su participación.

En el plano más cercano a la experiencia subjetiva, estas violencias se expresaron en formas de control, miedo y desgaste emocional vinculadas a mecanismos de disciplinamiento y sometimiento (Segato 2016, 96-8). Varias lideresas eran sobrevivientes de estas violencias y otras continuaban atravesándolas durante el proceso, lo que marcó sus trayectorias y su relación con el territorio. Muchas mujeres transformaron estas vivencias en prácticas de acompañamiento, escucha y cuidado que disputaron el aislamiento y reconstruyeron la confianza. La participación en las redes abrió espacios para nombrar la violencia, fortalecer la autoestima y construir estrategias colectivas de bienestar psicosocial.

En síntesis, el análisis de género evidencia que las mujeres de Santa Rita enfrentaron un entramado patriarcal que atravesó distintos planos de la vida social, configurando condiciones de desigualdad con impactos directos en su salud mental. Frente a ello, la organización colectiva permitió transformar el dolor en prácticas de cuidado mutuo, fortaleciendo vínculos y generando formas de acción comunitaria que disputaron estas estructuras. Desde la salud mental crítica, esto permite comprender que la protección no se produce de manera aislada, se construye en procesos colectivos que abren posibilidades de dignidad, equidad y participación.

Por ello, resulta fundamental enfatizar que en la propuesta del modelo los liderazgos femeninos se expresan como sujetos epistémicos que producen conocimiento desde la experiencia comunitaria. En diálogo con los feminismos latinoamericanos, esta investigación reconoce a las mujeres como actores capaces de interpretar su realidad, nombrar el sufrimiento y proponer alternativas colectivas. Los saberes contruidos desde la práctica del cuidado y la organización barrial transforman la experiencia vivida en conocimiento situado. Este proceso disputa la división sexual del conocimiento y amplía los horizontes de la salud mental comunitaria con perspectiva de género.

2.1. Interseccionalidad

Pese a la relevancia del análisis de género, las experiencias de las mujeres en la vida comunitaria no pueden leerse desde una sola dimensión. En la experiencia de Santa Rita sus trayectorias estuvieron atravesadas por condiciones que se entrelazan en la vida cotidiana, como la clase, la etnia, la migración, la precariedad urbana y la carga del cuidado. La intersección de estas dimensiones generó vulnerabilidades específicas. Desde la interseccionalidad, estas experiencias se comprenden como el resultado de estructuras

que operan simultáneamente y que organizan la vida social en términos desiguales (Crenshaw 1991).

En barrios marcados por la precariedad y la violencia estructural, estas desigualdades adquieren formas concretas que limitan la autonomía y la participación. En Santa Rita, estas condiciones se expresaron en trayectorias de informalidad, inestabilidad laboral y sobrecarga de cuidados, intensificadas por dinámicas de discriminación. Para mujeres migrantes, indígenas y afrodescendientes, estas desigualdades se profundizaron en experiencias de racismo y xenofobia que condicionaron el acceso a vivienda y trabajo digno. Más que dimensiones separadas, estas opresiones se acumulan y configuran un escenario que impacta directamente en el bienestar psicosocial (Crenshaw 1991).

Sin embargo, estas condiciones no se vivieron de forma pasiva. La sistematización muestra que, frente a estas desigualdades, las mujeres activaron procesos organizativos que permitieron sostenerse colectivamente. Las redes comunitarias se convirtieron en espacios donde fue posible compartir experiencias, identificar riesgos y construir respuestas frente al malestar. En estos espacios, la información circuló, los vínculos se fortalecieron y el cuidado comenzó a organizarse de manera compartida. Estas prácticas no eliminaron las desigualdades, pero transformaron experiencias de exclusión en procesos de acompañamiento y organización.

En síntesis, la interseccionalidad, dentro del modelo propuesto muestra que los liderazgos femeninos disputan jerarquías patriarcales, enfrentan violencias multidimensionales y transforman experiencias en prácticas colectivas. La organización comunitaria permite articular respuestas frente a desigualdades de género, clase, migración y precariedad urbana, posicionando a las mujeres como sujetos. En este contexto, el cuidado adquiere centralidad como práctica social y política, desde la cual se construyen vínculos, se acompaña el malestar y se disputan relaciones de poder.

2.2. Teoría feminista del cuidado

Por ello, en este punto es importante enfatizar en la teoría feminista que plantea el cuidado como una práctica central para la sostenibilidad de la vida y la salud, y una dimensión política que estructura la organización social. El cuidado no se limita a acciones afectivas o domésticas, abarca un conjunto de tareas y responsabilidades indispensables para la reproducción de la vida. Empero, su distribución no es neutra pues históricamente el cuidado ha recaído de manera desproporcionada sobre las mujeres, evidenciando que su asignación responde a construcciones sociales y a relaciones de

poder. Esta organización desigual define quién cuida, en qué condiciones y con qué reconocimiento (Martelotte, Perrotta y Rulli 2025, 7-8).

Esto se debe a que, la división sexual del trabajo constituye un eje que organiza la vida social a partir de jerarquías que privilegian lo masculino frente a lo femenino. Bajo esta lectura, a las mujeres se les asignan las tareas vinculadas al cuidado, la atención emocional y el sostenimiento cotidiano de la vida, mientras que los hombres se vinculan con el trabajo remunerado y socialmente valorado. Esta organización distribuye funciones y produce desigualdades en el acceso a ingresos, limita la autonomía y condiciona la participación de las mujeres en los espacios públicos y políticos (Batthyány 2004, 29-31). Por consiguiente, el cuidado se instala como una responsabilidad feminizada que estructura la vida cotidiana y define las posibilidades de las mujeres.

En la experiencia sistematizada en Santa Rita, las mujeres asumieron tareas de acompañamiento, mediación comunitaria, apoyo emocional y articulación institucional como parte del apoyo cotidiano del barrio. Estas prácticas, desarrolladas en contextos de precariedad evidenciaron que el cuidado operó como un trabajo social indispensable para organizar la vida social y enfrentar el malestar. Este aspecto adquiere tal relevancia que en la investigación se configura como una dimensión específica del modelo, la dimensión de cuidado comunitario con perspectiva de género, que reconoce estas acciones como centrales en la protección de la salud mental y en la organización de respuestas colectivas.

Al mismo tiempo, la experiencia mostró que estas formas de cuidado no permanecieron estáticas en el barrio. En tanto, a través de la organización comunitaria comenzaron a reconfigurarse, abriendo la posibilidad de redistribuir responsabilidades entre distintos actores. Iniciativas como brigadas comunitarias, espacios de encuentro, talleres y ferias promovieron la participación de vecinos, familias e instituciones en el sostenimiento de estas prácticas. Si bien, se trató de un proceso inicial, la comunidad se involucró activamente en la protección y estas acciones contribuyeron a resignificar el cuidado como una responsabilidad compartida.

Este proceso expresa el potencial transformador del cuidado al fortalecer vínculos, reparar daños y sostener procesos colectivos de salud. No obstante, estas dinámicas presentan tensiones que desbordan lo doméstico y se expanden al territorio, a través de tareas de acompañamiento y contención que permanecen en gran medida invisibilizadas (Martelotte, Perrotta y Rulli 2025, 9). En Santa Rita, el cuidado fortaleció la vida comunitaria pero también implicó una sobrecarga que recayó de forma desproporcionada

sobre las mujeres, sin reconocimiento ni retribución económica, lo que evidencia los límites del cuidado aún feminizado (Batthyány 2004).

En específico, en este proceso hay una mención especial para las mujeres cuidadoras migrantes, ya que las trayectorias de movilidad transforman las dinámicas del cuidado y profundizan la sobrecarga que recae sobre ellas. Los desplazamientos reconfiguran las redes familiares y comunitarias, lo que implica asumir el cuidado de familias fragmentadas, personas mayores o dependientes en contextos marcados por la precariedad, la discriminación y la ausencia de políticas que reconozcan su aporte. Estas condiciones amplían las brechas en el acceso a servicios y redes de apoyo. Al mismo tiempo, las comunidades de acogida enfrentan el desafío de reorganizar el cuidado en territorios atravesados por tensiones económicas y sociales (Fraga et al. 2022, 29).

En este sentido, el cuidado se configura como práctica ética, social y comunitaria que reconoce la dignidad humana, promueve la justicia relacional y construye respuestas colectivas frente al malestar y la desigualdad, elementos centrales en el modelo de las redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental. Estas dinámicas se inscriben en la dimensión protectora de empoderamiento y reconocimiento del liderazgo femenino, donde las mujeres fortalecieron su capacidad de organización colectiva y promovieron entornos más seguros y solidarios.

En este marco, el 7 de agosto de 2025 la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2025) reconoció el cuidado como un derecho humano constituyendo uno de los avances más trascendentales en la protección regional de derechos. Este pronunciamiento redefine la organización del cuidado y establece obligaciones para los Estados. La Corte afirmó que toda persona debe contar con tiempo, recursos y condiciones para cuidar, ser cuidada y ejercer el autocuidado, en coherencia con los principios de corresponsabilidad, igualdad y no discriminación. Este reconocimiento obliga a los Estados a adoptar medidas legislativas, institucionales y presupuestarias que garanticen el acceso universal a cuidados dignos y corrijan su distribución inequitativa.

Desde el modelo propuesto y en línea con la salud mental crítica, el cuidado se comprende como una práctica política que organiza respuestas colectivas frente a los determinantes sociales del sufrimiento. En la experiencia sistematizada en Santa Rita, se reconoce que cuando estas prácticas se sostienen desde el territorio adquieren un carácter protector al posibilitar formas de afrontamiento que no dependen exclusivamente de la respuesta institucional. A partir de ello, el cuidado comunitario se comprende como un derecho interdependiente de otros derechos fundamentales (Fraga et al. 2022), lo que lo

sitúa como un bien común. Este reconocimiento abre la discusión sobre la salud mental en términos de derecho y sobre las condiciones que hacen posible su garantía.

3. El derecho a la salud mental

En consecuencia, en esta formulación conceptual la salud mental se entiende como un derecho humano y constituye un principio indispensable para una vida digna. Por ende, el enfoque de derechos establece obligaciones para los Estados orientadas a garantizar condiciones integrales de bienestar físico, mental y social, así como mecanismos efectivos de protección (Cordero 2008, 1). Debido a ello, la salud mental se asume como un compromiso ético y político que articula responsabilidades institucionales con condiciones sociales concretas, incorporando prácticas comunitarias en su desarrollo.

En América Latina el movimiento de salud mental y derechos humanos surgió como respuesta a contextos de violencia política y represión, donde profesionales, organizaciones populares y sobrevivientes articularon nuevas formas de comprender y acompañar el sufrimiento psicosocial. Por ello, la salud mental como derecho humano constituye una conquista histórica derivada de luchas sociales, procesos organizativos y esfuerzos interdisciplinarios. En donde, el derecho a la salud mental se entiende como un proceso integral que incluye la protección frente al daño, y la creación de condiciones sociales, materiales y relacionales para vivir bien (Pichardo 2002, 3-6).

Si bien en los últimos años la salud mental ha incorporado avances en materia de derechos impulsados por marcos internacionales y acogidos por diversos países de la región, esta transformación aún no se ha consolidado. Pese a que, las normativas plantean un cambio paradigmático que busca superar definitivamente el modelo biomédico y hospitalario hacia enfoques centrados en la dignidad y la participación de las personas. En la práctica persisten modelos represivos, procesos de medicalización, fragmentación institucional y una tendencia histórica a silenciar el malestar, lo que evidencia la distancia entre los principios declarados y las transformaciones para garantizar derechos en salud mental (Caponi 2024, 132-6).

En esta dicotomía, la construcción de una salud mental basada en derechos enfrenta retrocesos promovidos por lógicas neoliberales que reducen el sufrimiento a un problema personal y desplazan la responsabilidad del Estado hacia el mercado. El desfinanciamiento de lo público, la expansión de servicios privados y la reinstalación de modelos tutelares fragmentan la atención, refuerzan prácticas de control y excluyen a quienes no pueden pagarla. Estas dinámicas debilitan la capacidad estatal, refuerzan

modelos asistenciales y delegan la responsabilidad del cuidado individual de la salud a las personas incrementando su vulnerabilidad (Desviat 2021).

Este escenario evidencia la tensión entre el reconocimiento de la salud mental como derecho y unas prácticas, políticas públicas y presupuestos que aún restringen libertades y reproducen formas de exclusión. Esta contradicción pone en cuestión la coherencia del sistema, que declara derechos sin asegurar las condiciones materiales y simbólicas para su cumplimiento. De este modo, la brecha entre el reconocimiento formal y su ejercicio efectivo se hace evidente en la vida cotidiana. Estas limitaciones no solo restringen el acceso, también afectan la forma en que se experimenta y se construye la salud mental.

No obstante, durante el proceso acompañando en Santa Rita se evidenció que la salud, y en particular la salud mental, se gestó como un derecho sostenido y defendido desde el territorio. Las prácticas de organización, acompañamiento y apoyo mostraron que su ejercicio dependió de la capacidad del barrio frente a un sistema público debilitado. En este contexto, las redes comunitarias adquirieron un papel central en la respuesta, a través de brigadas, talleres y encuentros que ampliaron el acceso a información, fortalecieron el acompañamiento y generaron respuestas frente al sufrimiento. Estas experiencias posicionaron al barrio como un actor activo en la producción y defensa del derecho a la salud mental.

Por ello, se identificó la dimensión protectora vinculada al acceso a derechos humanos, que se expresa cuando las redes comunitarias facilitan información, acompañamiento y derivación hacia servicios y organizaciones, reduciendo barreras asociadas al desconocimiento, el miedo y la discriminación institucional. Estas acciones fortalecen las capacidades de las personas para ejercer derechos relacionados con la salud, la protección y la participación. En Santa Rita, esta dimensión se expresó en la articulación entre prácticas comunitarias y exigibilidad de derechos, generando condiciones para la protección psicosocial y el ejercicio de la salud mental.

En síntesis, en el modelo de redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental, la garantía de este derecho se vincula con la participación comunitaria activa, en la medida en que son las propias comunidades las que impulsan procesos de organización, acompañamiento y exigibilidad. A través de estas acciones, se cuestionan y transforman prácticas que debilitan lo público y excluyen a las personas (Caponi 2024, 132-6). Este planteamiento sitúa la salud mental en el ámbito de lo colectivo y reconoce

que su protección también se sostiene en la capacidad de las comunidades para incidir en las condiciones que la configuran.

3.1. Políticas públicas en salud mental

En este sentido, las políticas públicas en salud mental son un eje esencial para garantizar el derecho a la salud y al cuidado, exigir la acción del Estado y enfrentar las desigualdades que determinan el sufrimiento psicosocial. Desde el modelo propuesto su importancia radica en que definen marcos normativos, institucionales y financieros capaces de transformar las condiciones estructurales que afectan la vida. Sin políticas sostenibles y con enfoque de derechos, se ha visto cómo los sistemas públicos de salud responden de forma dividida y asistencialista dejando a los grupos más vulnerables expuestos (Barrantes et al. 2022).

Para ello, es necesario considerar que la región enfrenta una fragmentación estructural y una débil articulación intersectorial que limita la capacidad de abordar los determinantes sociales del sufrimiento psicosocial. Barrantes et al. (2022, 2619-20) señalan que la falta de coordinación entre los sectores de salud, educación, vivienda, trabajo y protección social impide respuestas integrales y deja sin apoyo a comunidades atravesadas por pobreza. Esta desarticulación institucional reproduce desigualdades y restringe el acceso a recursos básicos para el cuidado de la salud. A esto se suma la prevalencia de políticas de corto plazo, sujetas a los gobiernos de turno y no consolidadas como políticas de Estado, lo que genera discontinuidad y debilita los sistemas públicos.

Estos desafíos identificados en América Latina se reproducen en Ecuador, donde la salud mental no logra posicionarse como una prioridad pública. Mientras algunos países de la región avanzan de forma variable hacia modelos comunitarios, en Ecuador persiste una estructura institucional marcada por la ausencia estatal y una capacidad limitada para implementar políticas sostenidas (García 2022). En consecuencia, la ausencia de un real enfoque crítico se convierte en un obstáculo, pues las políticas en salud mental no reconocen ni incorporan redes locales, saberes situados o prácticas comunitarias (Barrantes et al. 2022, 2622).

Si bien, en el país tras la Constitución de 2008 se dio un giro hacia enfoques públicos más integrales, la salud mental continuó dispersa en el MSP y sin una responsabilidad clara para sostener intervenciones comunitarias (García 2022, 111). En este periodo, el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), aprobado en 2012, se planteó como la principal estrategia estatal para reorganizar el sistema y orientar la

atención hacia personas, familias y comunidades. No obstante, estos avances no prosperaron porque apenas un año después de su publicación el modelo fue modificado bajo la lógica hospitalocéntrica (114-6).

En 2024 se promulgó la Ley Orgánica de Salud Mental, normativa que representa un avance al reconocer la salud mental como parte de la atención integral del Estado, establecer un modelo comunitario y garantizar cobertura universal, incluida medicación y tratamiento gratuitos (Ecuador 2024). Empero, su aprobación no asegura la transformación necesaria pues si no existen recursos suficientes, mecanismos claros de implementación y control social se mantendrán las lógicas anteriores y la tendencia a la privatización. Por esta razón, la ley corre el riesgo de volverse intrascendente e inaplicable si no se articula con estructuras comunitarias y políticas intersectoriales capaces de enfrentar los determinantes sociales del sufrimiento.

Este breve recorrido permite entender la situación actual de la política de salud mental en Ecuador, un sistema que reconoce la salud como derecho, pero arrastra décadas de ausencia institucional. Como señala García (2022, 122), incluso los intentos de reforma entre 2008 y 2017 no lograron institucionalizar un enfoque comunitario debido a la débil integración intersectorial y la ausencia de mecanismos de implementación. Por este motivo, se prolonga la dependencia del modelo hospitalocéntrico y se limita la capacidad estatal para responder a las necesidades territoriales. Este escenario evidencia que la salud mental no ha logrado convertirse en una prioridad dentro de la política pública, lo que profundiza brechas y restringe el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

A nivel local, en el año 2024 el Municipio de Quito promulgó la Ordenanza Metropolitana de Salud Mental, un progreso normativo relevante porque establece lineamientos para promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (Ecuador GAD DMQ 2024a). Ese mismo año la Secretaría Metropolitana de Salud elaboró el Plan Metropolitano de Salud Mental 2025-2028, que propone un enfoque comunitario y multisectorial para vincular la salud mental hacia los barrios de la capital (Ecuador GAD DMQ 2024b). La normativa plantea articular entidades municipales y nacionales, consolidar dispositivos comunitarios, y proteger a grupos de atención prioritaria.

Sin embargo, la capacidad de acción tanto de la ordenanza como del plan depende de la asignación de recursos, la sostenibilidad institucional y la articulación efectiva entre los distintos niveles de gobierno. Sin estos elementos la política local corre el riesgo de reproducir la fragmentación histórica que ha caracterizado la política nacional de salud mental. Puesto que la ausencia de financiamiento, la rotación y pugna de autoridades, y

la débil articulación intersectorial han obstaculizado la consolidación de políticas sostenibles en el país. En Quito, este riesgo se agrava mientras no se aborden las pugnas administrativas y gubernamentales entre el Municipio y Gobierno Nacional, lo que puede limitar la continuidad y coherencia de las intervenciones propuestas en el papel.

Sin embargo, se reconoce que para lograr esto el Municipio de Quito (2023) ha desarrollado insumos significativos como la primera Encuesta Distrital de Salud Mental, brigadas móviles, acciones de prevención del suicidio, sensibilización, fortalecimiento de capacidades locales y servicios de teleasistencia. Estas acciones constituyen avances importantes al visibilizar la problemática y generar información útil para la planificación de políticas públicas, aunque su alcance es limitado tanto en cobertura como en continuidad. Esto lleva a reflexionar que, si estos esfuerzos resultan insuficientes incluso en territorios urbanos como la capital, donde se concentra infraestructura, profesionales e insumos, las brechas se profundizan en sectores periféricos y zonas rurales del país.

A partir de lo expuesto, las políticas públicas en salud mental, leídas desde la salud mental crítica y el modelo propuesto no se limitan a marcos normativos, sino que se vinculan con la capacidad real de transformar las condiciones que sostienen el sufrimiento psicosocial. Aunque, la persistencia de enfoques fragmentados, la débil articulación intersectorial y la falta de continuidad en las decisiones públicas evidencian barreras estructurales que restringen su alcance. La distancia entre lo que se declara y lo que se implementa condiciona la garantía del derecho y expone las debilidades de un sistema que no logra responder de forma integral a las necesidades del territorio. Estas tensiones conducen a examinar la crisis del sistema público de salud y sus implicaciones en la salud mental.

3.2. La crisis del sistema público y la salud mental

En este contexto, resulta imprescindible una breve pero urgente reflexión sobre la situación actual del sistema público de salud, pues no se trata solo de un análisis técnico sino de vidas en riesgo y de una responsabilidad ineludible del Estado. En los últimos años, el sistema público de salud en Ecuador ha atravesado un deterioro profundo derivado de recortes presupuestarios, baja inversión en infraestructura y ejecución ineficiente de los recursos asignados. Entre 2023 y 2025 el sector de la salud perdió 421 millones de dólares mientras la mayor parte del presupuesto se destinó al gasto corriente dejando sin financiamiento la compra de medicamentos, equipos y obras (León 2025).

Esta reducción se agrava por la débil capacidad institucional para ejecutar el presupuesto reflejada en porcentajes mínimos de inversión pese a la urgencia sanitaria del país. A ello se suma el desabastecimiento de medicinas e insumos que obliga a pacientes y familias a cubrir materiales básicos, otra forma de violencia estructural derivada del acceso desigual a los servicios de salud. Además, se destaca la crisis política del MSP que tiene una altísima rotación de ministros y equipos directivos que elimina cualquier oportunidad de respuesta y planificación (León 2025). Estas dinámicas han producido un sistema debilitado, con infraestructura deteriorada, servicios saturados y una creciente dependencia de donaciones para cubrir necesidades básicas.

Esta crisis evidencia cómo las limitaciones del nivel estructural condicionan las dinámicas comunitarias e individuales. La imposibilidad del sistema para garantizar acceso a tratamientos, medicamentos, alimentación hospitalaria y condiciones básicas de atención impactan en la salud (León 2025). En este escenario, la salud mental no puede entenderse como un servicio individual, sino como un proceso determinado estructuras económicas y prácticas institucionales. La precarización del sistema nacional demuestra la urgencia de avanzar hacia propuestas que fortalezcan el cuidado como derecho, reconozcan los territorios como espacios de producción de bienestar y articulen respuestas comunitarias con sistemas públicos.

El modelo propuesto evidencia que, frente a la crisis del sistema público de salud las redes comunitarias pueden activar estrategias de protección mediante la articulación con organizaciones locales, fundaciones y actores presentes en el territorio. Estas alianzas permiten sostener desarrollar acciones como brigadas médicas, acceso a información, apoyo psicosocial y derivación de casos en un contexto marcado por el desabastecimiento y la precarización de los servicios públicos. Empero, también se destaca que estas respuestas comunitarias funcionaron como mecanismos de contención frente a una ausencia estatal persistente y no como sustitutos legítimos del sistema público de salud.

4. Síntesis del modelo conceptual en perspectiva crítica

En conjunto, la formulación conceptual muestra que la protección de la salud mental se construye a partir de prácticas colectivas que organizan respuestas frente al malestar. Las redes comunitarias, las dimensiones protectoras, los niveles de análisis y el territorio se articulan en un mismo proceso que responde al sufrimiento psicosocial en contextos de desigualdad. En este escenario, los vínculos y la participación adquieren un papel central en la producción de bienestar, lo que cuestiona enfoques centrados en lo

individual. Por esta razón, la protección de la salud mental se afirma como un proceso construido en la acción comunitaria.

A su vez, la incorporación del enfoque de género y de derechos visibiliza las condiciones adversas en las que se sostienen estos procesos. Por un lado, las trayectorias de las mujeres en las redes comunitarias muestran que la organización del cuidado se construye en medio de tensiones marcadas por la distribución desigual de responsabilidades, el reconocimiento limitado y múltiples formas de violencia. Por otro lado, la salud mental entendida como derecho sitúa estas prácticas en un campo de disputa donde se confrontan brechas políticas, institucionales y económicas que inciden en su garantía. Así, el modelo muestra que las respuestas colectivas abren posibilidades de transformación, pero también enfrentan límites estructurales.

En definitiva, la propuesta conceptual consolida un modelo que sitúa la salud mental crítica en el centro del análisis, al comprenderla como un proceso que se produce en las relaciones que sostienen la salud mental en el territorio. Su aporte radica en evidenciar que, aun en contextos de precariedad y ausencia estatal, las comunidades organizan respuestas que transforman las experiencias de sufrimiento en procesos de cuidado colectivo. Este planteamiento se inscribe en una perspectiva teórica que reconoce el carácter histórico, social y político de la salud mental, alejándose de enfoques biomédicos hegemónicos e individualizantes. De este modo, posiciona a las redes comunitarias como espacios donde se disputa, se produce y se defiende la salud y la vida.

Conclusiones

La presente investigación demostró que las redes comunitarias del barrio Santa Rita se configuraron como procesos protectores de la salud mental entre 2023 y 2025. El análisis se desarrolló desde una perspectiva crítica de la salud que reconoce la determinación social del sufrimiento en contextos urbanos atravesados por la desigualdad y la violencia. En este sentido, los hallazgos muestran que la salud mental se construye colectivamente mediante vínculos, prácticas de cuidado y organización social en el territorio. Estas redes no solo acompañan el malestar, sino que transforman su producción y crean una respuesta desde lo colectivo.

De este modo, la investigación presenta aportes en los planos: teórico, metodológico, político y práctico. En el plano teórico consolidó la construcción del concepto de salud mental crítica al articular las contribuciones de la salud colectiva, la epidemiología crítica, la antipsiquiatría, las redes comunitarias y la teoría de género. Este diálogo de saberes abordó la salud mental como un proceso social, histórico y político atravesado por relaciones de poder, desigualdades estructurales y prácticas de cuidado. Desde esta lectura, se confrontan las premisas tradicionales y hegemónicas del área de la salud mental.

En el plano metodológico, el estudio fortaleció el uso de la sistematización de experiencias como una herramienta rigurosa para el análisis de procesos comunitarios en salud mental. La articulación entre memoria, reflexión crítica y análisis multinivel reconstruyó la experiencia comunitaria sin fragmentarla, reconociendo su complejidad y sus tensiones. Por esta razón, este enfoque metodológico demostró su pertinencia para investigaciones críticas al hacer posible una lectura integral que vincula las dimensiones estructurales, organizativas y subjetivas de los procesos de salud sin reducirlos a descripciones o clasificaciones instrumentales.

En el plano político, la investigación visibilizó a las comunidades, y en particular a las redes de mujeres, como sujetos epistémicos capaces de producir saberes, prácticas y respuestas colectivas frente al malestar. Este posicionamiento disputa el predominio biomédico y las lógicas extractivistas en la investigación, y afirma el valor de los saberes contruidos desde las organizaciones comunitarias. Así, el estudio contribuye a la justicia epistémica al legitimar estos conocimientos como formas válidas de producción en el campo de la salud y la epidemiología.

En el plano teórico-práctico, la investigación mostró que las redes comunitarias se configuran como procesos protectores de la salud mental a partir de una dinámica multinivel que se concreta en prácticas de organización, cuidado y acompañamiento en el territorio. Las redes inciden sobre condiciones estructurales de desigualdad y violencia, transforman las relaciones comunitarias mediante espacios colectivos y sostienen formas de apoyo a nivel emocional y corporal en la vida cotidiana. Por lo tanto, la protección de la salud mental se produce en la articulación entre lo estructural, lo comunitario y lo subjetivo, lo que evidencia su carácter colectivo, situado y relacional.

Del mismo modo, se identificaron doce dimensiones que de forma articulada explican el carácter protector de estas redes. Las dimensiones protectoras fueron: el acceso a derechos humanos, la participación ciudadana y la incidencia en políticas, el reconocimiento y la organización frente a los determinantes estructurales de la salud, el fortalecimiento del tejido comunitario, el empoderamiento del liderazgo comunitario y femenino, el cuidado comunitario de la salud con enfoque de género, el acompañamiento psicoemocional, la despatologización del sufrimiento, la construcción de espacios comunitarios seguros, y el reconocimiento y la legitimación de los saberes comunitarios.

Estas dimensiones se configuran como una construcción teórico-práctica que aporta claves para comprender y orientar intervenciones en salud mental, sin buscar estandarizar las experiencias comunitarias. Su relevancia radica en que instalan en el centro prácticas, saberes y formas de organización producidas por la comunidad. De forma que, al recuperar aprendizajes contruidos colectivamente, identifican elementos vinculados al cuidado, la participación y la sostenibilidad de la salud mental. Además, ofrecen una lectura articulada de los procesos protectores al integrar los niveles general, particular e individual.

Como síntesis de estos hallazgos, la investigación propone un modelo conceptual que comprende las redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental desde una perspectiva crítica. El modelo articula el análisis multinivel con las dimensiones identificadas, integrando las condiciones estructurales, las dinámicas comunitarias, las experiencias subjetivas y el territorio como espacio donde estos procesos se configuran. Este modelo constituye una herramienta analítica que permite comprender y proyectar procesos de salud mental desde los territorios, reconociendo el papel central de las comunidades en la producción de social de la salud mental.

A ello se suma, la comprensión del cuidado colectivo como base de la salud mental. Desde esta perspectiva, el cuidado se posiciona como una práctica política que

disputa su privatización y exige condiciones estructurales que lo sitúen como una responsabilidad social, evitando la sobrecarga en las mujeres. Asimismo, los resultados comprenden la salud mental como un derecho, puesto que el bienestar psicosocial se vincula al ejercicio efectivo de derechos y a la responsabilidad estatal frente a las desigualdades que producen daño. Donde, la participación social y la organización comunitaria son claves para la exigibilidad y materialización de este derecho.

Por otra parte, la investigación reconoce algunos límites y tensiones presentes tanto en el proceso analizado como en su interpretación. Al sustentarse en fuentes secundarias de carácter institucional, el análisis priorizó determinados aspectos de la experiencia, mientras otras vivencias, contradicciones y conflictos quedaron menos visibles dentro del corpus documental disponible. En este sentido, se procuró comprender las redes comunitarias como espacios dinámicos y complejos. Aunque gran parte de la documentación tendía a resaltar principalmente los logros y aspectos positivos del proceso, la lectura crítica desarrollada permitió identificar también los desafíos presentes en la experiencia comunitaria.

Finalmente, al tratarse de una sistematización localizada en Santa Rita entre 2023 y 2025 sus hallazgos no buscan establecer generalizaciones universales sobre la salud mental. Por el contrario, el estudio propone una lectura crítica y situada de las formas de organización, cuidado y resistencia construidas en un territorio específico, reconociendo las particularidades históricas, sociales y comunitarias que atraviesan esta experiencia. No obstante, los procesos analizados permiten identificar reflexiones y aprendizajes transferibles a otros contextos semejantes, especialmente en relación con el papel de las redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental en escenarios urbanos marcados por desigualdades estructurales.

Recomendaciones

Pese al trabajo realizado, la investigación deja abiertas diversas líneas de reflexión que pueden ser profundizadas en estudios posteriores. La primera de ellas se vincula con el análisis crítico de cómo las redes comunitarias se articulan y se relacionan con la salud mental en distintos territorios del país. Resulta pertinente explorar contextos rurales y otros entornos urbanos donde las condiciones sociales, culturales y territoriales presentan características distintas. Desde este enfoque, las investigaciones podrían ampliar el análisis comparativo entre territorios a nivel nacional para identificar procesos

protectores, procesos que generan malestar y formas de resistencia presentes las comunidades.

La segunda recomendación propone que futuras investigaciones profundicen en el desarrollo y aplicación de otras metodologías para el análisis de experiencias en salud mental colectiva. Entre ellas se destaca la implementación de estudios basados en la Investigación Acción Participativa (IAP) que aparece como otra alternativa adecuada para fortalecer la producción de conocimiento desde y con las comunidades. Este enfoque permite que los actores comunitarios participen y se sumen de manera directa en las distintas fases del proceso investigativo.

En conclusión, esta tesis reafirma la necesidad de abordar la salud mental desde una perspectiva crítica entendida como un proceso colectivo donde la dignidad, los derechos y la justicia social son esenciales. Reconocer la salud mental como un derecho colectivo gestionado por las propias comunidades en sus territorios abre nuevas posibilidades para una transformación profunda y sostenida. Este estudio reflexionó como desde el trabajo comunitario y la investigación se pueden construir y mantener condiciones colectivas que garanticen el bienestar psicosocial como parte de una vida digna. Desde esta perspectiva, la salud mental se reafirma como práctica de cuidado compartido y como expresión concreta de justicia social.

Obras citadas

- Almeida Filho, Naomar, y Jairnilson Silva Paim. 1999. “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médico Sociales* 75: 5-30.
- Almeida Filho, Naomar. 2006. “Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones”. *Salud Colectiva* 2 (2): 123-46.
- Amarante, Paulo. 2007. *Salud mental y atención psicosocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Asociación Médica Mundial. 2024. “Declaración de Helsinki”. *Políticas Actuales*. 19 de octubre. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
- Bang, Claudia, y Alicia Stolkiner. 2013. “Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes”. *Ciencia, Docencia y Tecnología* 24 (46): 123-43. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14527692005>.
- Bang, Claudia. 2014. *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Barrantes, Juanita, Rosa Adrianzén, Blanca Carranza y Karina Bravo. 2022. “El desafío de la política de salud mental en Latinoamérica”. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* 6 (3): 2613-34. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2406
- Basaglia, Franco. 1972. *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral Editores.
- Batthyány, Karina. 2004. *Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino? Una mirada desde el género y la ciudadanía social*. Montevideo: CINTERFOR.
- . 2021. “Género, tiempos, cuidados”. Conferencia presentada en el Seminario Internacional de Teoría Social en CLACSO, 25 de febrero de 2025, Buenos Aires. <https://www.clacso.org/genero-tiempo-y-cuidados/>.

- Berenguera, Anna, Isabel Fernández de Sanmamed, Maite Pons, Mariona Pujol-Ribera, Conxa Rodríguez, y Laia Saura. 2014. *Escuchar, observar y comprender: Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud*. Barcelona: Institut Català de Salut.
<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>
- Breilh, Jaime. 1991. *La triple carga; trabajo, práctica doméstica y procreación: deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. Quito: CEAS.
<http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3554>.
- . 2009. *Replanteando las potencialidades de la interculturalidad en salud*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
<http://hdl.handle.net/10644/3614>.
- . 2010a. *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- . 2010b. “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. *Salud Colectiva* 6 (1): 83-101.
- . 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (1): 13-27.
- . 2023. *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Canguilhem, Georges. 1971. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Capella, Manuel. 2023. “Salud Mental Colectiva y Determinación Social: Posibilidades Paradigmáticas”. *Quaderns De Psicologia* 25 (2): 1-23.
<https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v23-n2-capella>
- Caponi, Sandra. 2024. “Derechos humanos y salud mental: sobre conquistas y retrocesos”. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 27: 129-157.
<https://doi.org/10.17345/aec27.3983>
- Carrión, Fernando, y Jaime Erazo. 2012. “La forma urbana de Quito: una historia de centros y periferias”. *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines* 41 (3): 503-22.

- Carrión, Fernando. 2018. "Violencia urbana: un asunto de ciudad". *EURE. Revista Latinoamericana de Estudios Urbano Regionales* 34 (103): 111-30.
- . 2024. *La producción social de las violencias en Ecuador y América Latina: histórica, estructural, plural y relacional*. Quito: FLACSO Ecuador / FES-ILDIS
- Casallas Murillo, Ana Lucía. 2019. "Aportes y desafíos de la salud colectiva latinoamericana: una perspectiva histórica". Tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6828/1/TD123-DSCAS-Casallas-Aportes.pdf>
- Castiel, Luis, y Carlos Álvarez-Dardet. 2007. "La salud persecutoria". *Revista de Saúde Pública* 41 (3): 461-66. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300025>.
- Cohen, Hugo, comp. 2009. *Salud mental y derechos humanos: Vigencia de los estándares internacionales*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6235/2009-ARG-salud-mental-derechos.pdf>
- . 2007. "Reforma de los servicios en la comunidad". En *Reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*, editado por Organización Panamericana de la Salud, 90-107. Washington, DC: OPS / OMS.
https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma-servicios-salud-mental.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Cooper, David. 1967. *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Londres: Tavistock Publications.
<https://doi.org/10.4324/9781315013992>
- Cordero, Ana. 2008. "Derechos humanos de salud mental". *Revista Electrónica de Psicología Política*, 17: 1-14.
- Corte IDH. 2025. "Opinión Consultiva OC-31/25: El derecho al cuidado y su interdependencia con otros derechos humanos". *Opinión Consultiva*. 7 de agosto.
https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_31_es_altocontraste.pdf
- Crenshaw, Kimberlé. 1991. "Cartografiando los márgenes: interseccionalidad, políticas de identidad y violencia contra las mujeres de color". *Stanford Law Review* 43 (6): 1241-99.
- Dabas, Elina, y Néstor Perrone. 1999. "Redes en salud". FUNCER: 1-20.
<https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>
- Desviat, Manuel. 2007. "Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica". *Revista GPU*, 1: 88-96.

- . 2021. “La salud mental colectiva en tiempos inciertos. Barreras y retos”. *Documentación Social*, 8: 1-7.
- Ecuador Gobierno Autónomo Descentralizado del Distrito Metropolitano de Quito. 2024a. *Ordenanza Metropolitana No. 0068: Política Pública Integral de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito*, 12 de abril. https://strapi.lexis.com.ec/uploads/2fba9353_02fc_463f_aec4_a003fb86aa03_04d8c90292.pdf.
- . 2024b. *Plan Metropolitano de Salud Mental 2025-2028*. Quito: Gobierno Autónomo Descentralizado del Distrito Metropolitano de Quito.
- . 2024c. *Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2024-2033*. Quito: Gobierno Autónomo Descentralizado del Distrito Metropolitano de Quito.
- . 2023. *Encuesta de Salud Mental Distrito Metropolitano de Quito*. Quito: Fundación TANDEM-PLURAL.
- Ecuador. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre.
- Ecuador Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2024. *Boletín Técnico: Pobreza y Desigualdad por Ingresos. Diciembre 2024*. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2024/Diciembre/202412_Boletin_pobreza.pdf.
- Ecuador. 2024. *Ley Orgánica de Salud Mental*. Registro Oficial Suplemento 541, 3 de enero. https://intranet.msp.gob.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2024/OCTUBRE/JURIDICO/Ley%20Organica%20de%20Salud%20Mental.pdf.
- El Comercio. 2011. “Marcha contra los asaltos y robos en el sur de Quito”. *El Comercio*. 11 de septiembre. <https://www.elcomercio.com/actualidad/quito/marcha-asaltos-y-robos-sur.html>.
- Esri, TomTom, Garmin, FAO, NOAA, USGS, y OpenStreetMap contributors. 2025. “Mapa base mundial (World Topographic Map)”. *ArcGIS Online*. Esri. Acceso el 11 de noviembre de 2025. <https://www.arcgis.com/home/webmap/viewer.html>
- Foucault, Michel. 1961. *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- . 1963. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- . 1975. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fraga, Cecilia, coord. 2022. *Los cuidados comunitarios en América Latina y el Caribe: Una aproximación a los cuidados en los territorios*. Panamá: PNUD / CEPAL / ONU Mujeres / OIT.
- Freire, Paulo. 1997. *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Gallegos, Miguel, Mauricio Cervigni, y Pablo Martino. 2020. “Salud Mental y COVID-19 en América Latina: un estado de situación”. Ponencia presentada en el XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXVII Jornadas de Investigación, Buenos Aires, 25 al 27 de noviembre.
- García Guerra, Sarai Sofía. 2022. “Entre lo hospitalocéntrico y lo comunitario: La inercia de las políticas públicas de salud mental en Ecuador (1930-2017)”. Tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. <http://hdl.handle.net/10469/18550>
- González, Mario. 2026. “Ecuador es el tercer país más violento de América Latina y el Caribe”. *Primicias*. 11 de marzo. <https://www.primicias.ec/seguridad/ecuador-tercer-pais-violento-america-latina-caribe-insight-crime-117867/>
- Guinsberg, Ernesto. 2006. “La ‘salud mental’ como problemática social y política”. *Estudios Latinoamericanos*, 65-83. <https://doi.org/10.22201/cela.24484946e.2006.0.50189>
- Herrera, Fanny. 2020. “COVID y violencia de género en la cuarentena: Análisis de la prensa ecuatoriana”. *PerDebate* (4): 18-43.
- Huertas, Rafael, coord. 2017. *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Illich, Iván. 1975. *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Jara, Óscar. 2018. *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*. Bogotá: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano / Consejo de Educación Popular de América Latina y el Caribe.
- Jaramillo Delgado, Gonzalo Hernando. 2016. “La pedagogía crítica esperanzada, una forma cultivada de saber posible integrada a la interfase de la salud colectiva y las ciencias críticas”. Tesis posdoctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede

- Ecuador. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8087/1/PDSC-006-Jaramillo-La%20pedagogia.pdf>.
- Keller, Christel. 2022. “Apoyo mutuo, autogestión y activismo en salud mental: elementos para la democratización del cuidado”. *Athenea Digital* 22 (3): 1-22.
- Lacerda, Alda. 2013. “Debate de la mesa redonda “Democratización, mediación y sociabilidades en la salud en el contexto latinoamericano”. En *Democratización, mediación y sociabilidades en la salud en el contexto latinoamericano*, editado por Alda Lacerda, Felipe Machado y Francine Guizardi. 127-44. Río de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca / Fundación Oswaldo Cruz.
- Lagarde, Marcela. 2012. *El feminismo en mi vida: Hitos, claves y topías*. San José: Centro de Investigación en Estudios de la Mujer, Universidad de Costa Rica.
- Laing, Ronald. 1982. *La voz de la experiencia: la locura, la cordura y la condición humana*. Barcelona: Gedisa. <https://discapacidadesiquica.cl/wp-content/uploads/2022/07/ronald-laing-1982-la-voz-de-la-experiencia.pdf>.
- Laurell, Ana Cristina. 1982. “La salud-enfermedad como proceso social”. *Cuadernos Médico Sociales* 19: 1-12. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
- León Pamela. 2025. “La crisis de la salud pública en Ecuador, explicada”. *GK*. 3 de diciembre. <https://gk.city/2025/08/27/la-tesis-de-la-salud-publica-en-ecuador-explicada/>
- Machado, Jonathan. 2024. “Los barrios del sur concentran la mayoría de asesinatos en Quito.” *Primicias*. 23 de octubre. <https://www.primicias.ec/seguridad/barrios-quito-asesinatos-roldos-quitumbe-81727/>
- Martelotte, Lucía, Valentina Perrotta, y Mariana Rulli. 2025. *El enfoque de género en los cuidados comunitarios: análisis del potencial transformador de iniciativas comunitarias de cuidado en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO; Panamá: ONU Mujeres.
- Martín-Baró, Ignacio. 1984. *Psicología Social*. San Salvador: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.
- . 2006. “Hacia una psicología de la liberación”. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria* 1 (2): 7-14.
- Montero, Maritza. 2004. *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

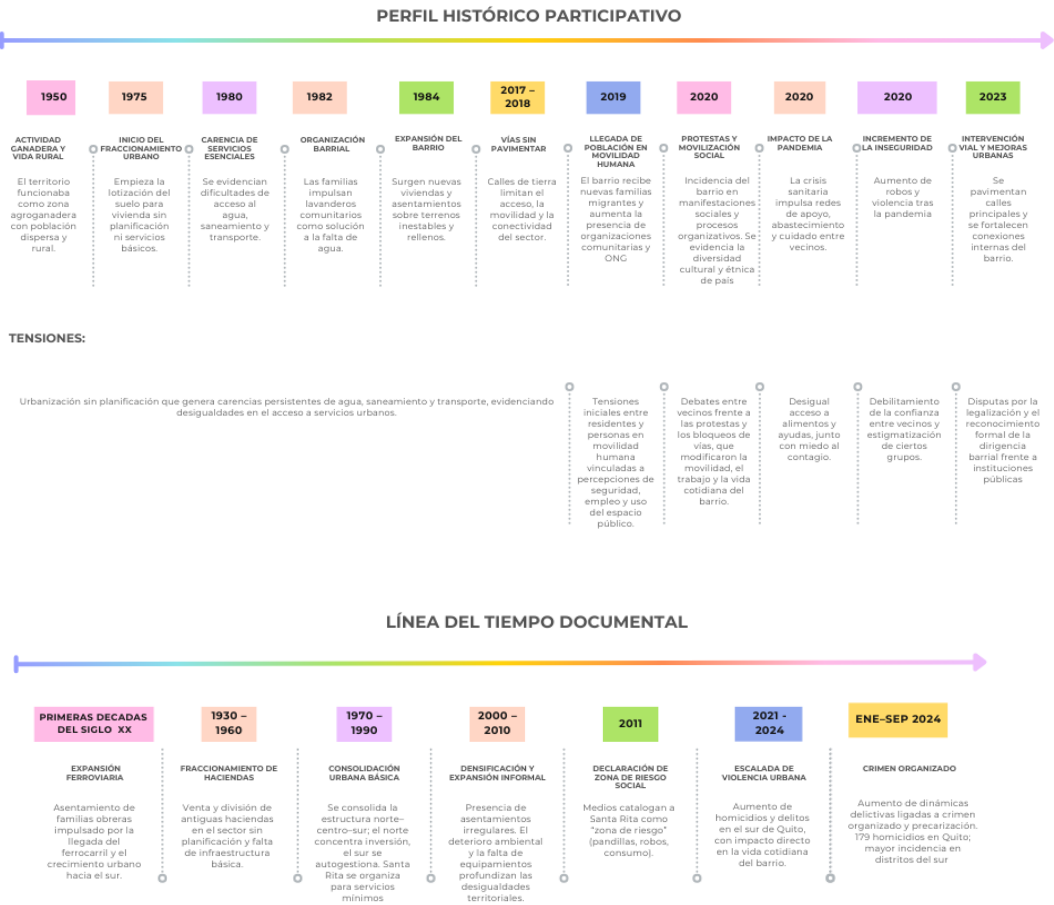
- . 2006. *Hacer para transformar: El método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Observatorio Ecuatoriano de Crimen Organizado. 2024. *Boletín anual de homicidios intencionales en Ecuador 2023*. Quito: OEEO.
- Onocko-Campos, Rosana, Larry Davidson, y Manuel Desviat. 2021. “Salud mental y derechos humanos: desafíos para servicios de salud y comunidades”. *Salud Colectiva* 17: 1-3. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3488>.
- ONU Asamblea General. 1948. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. 10 de diciembre. <https://www.refworld.org/es/leg/resol/agonu/1948/es/11563>.
- ONU Mujeres Ecuador. 2024. *Alerta de género Ecuador: Alerta de género ante la declaración de conflicto armado interno en Ecuador*. Abril. https://ecuador.unwomen.org/sites/default/files/2024-04/alerta_de_genero_ecuador_abril_2024.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. 2025. “Salud mental: fortalecer nuestra respuesta”. *Salud mental*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Organización Panamericana de la Salud. 2021. “Boletín Desastres N.131.- Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población”. *Emergencias sanitarias*. Acceso el 30 de agosto de 2025. <https://www.paho.org/en/disasters-newsletter-no131-impact-covid-19-pandemic-mental-health-population>.
- Pazmiño, Pamela, Pablo Iriarte, y Rocío Játiva. 2022. “Salud mental en el Ecuador: evolución histórica, logros y desafíos”. *Revista Eugenio Espejo* 16 (2): 113-20. <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/310>
- Pichardo, Miguel. 2002. “Historia del movimiento de salud mental y derechos humanos”. Ponencia presentada en el Seminario de Salud Mental y Derechos Humanos, Culiacán, febrero.
- Plataforma R4V. 2023. “Plan de Respuesta Regional para Refugiados y Migrantes 2024 (RMRP 2024)”. *Regional Inter-Agency Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela*. Acceso el 5 de noviembre de 2025. <https://rmrp.r4v.info/rmna2024-es/>
- Rodríguez, Alicia, y Maricela Montenegro. 2016. “Retos contemporáneos para la psicología comunitaria: reflexiones sobre la noción de comunidad”. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 50 (1): 14-22.

- Rodríguez, Francisco. 2021. *Antipsiquiatría, salud mental y derechos humanos en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Rodríguez, Paula. 2010. "La medicalización como estrategia biopolítica". *A Parte Rei. Revista de Filosofía* 1-27. <https://www.researchgate.net/publication/265873676>.
- Segato, Rita. 2016. *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Silva Paim, Jairnilson. 1992. *La salud colectiva y los desafíos de la práctica*. Caracas: Centro de Estudios del Desarrollo y Sociales, Universidad Central de Venezuela.
- . 2006. *Desafíos para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA. <https://static.scielo.org/scielobooks/ptky6/pdf/paim-9788523211776.pdf>
- . 2008. *Reforma sanitária brasileira*. Salvador: EDUFBA. <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>
- Solíz, Fernanda, coord. 2019. *Reciclaje sin recicladorAs es basura: El retorno de las brujas*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; Ediciones La Tierra. <https://hdl.handle.net/10644/6853>
- , coord. 2023. *Territorios en sacrificio*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9362/1/Soliz%20Ma%20Fernanda%20coord-Territorios%20en%20sacrificio.pdf>
- Stolkiner, Alicia, y Sara Ardila. 2012. "Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas". *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría* 23 (107): 1-30. <http://hdl.handle.net/11336/195112>.
- Stolkiner, Alicia. 2010. "Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente". *Medicina Social* 5 (1): 89-96.
- . 2013. "Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental". En *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*, compilado por Hugo Lerner, 1-27. Buenos Aires: Psicolibro.
- . 2022. "Disputas y sentidos sobre la Salud Colectiva en la actualidad". *Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales* 35: 1-8. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/184/1843201016/>
- Torres, Ana Felicia, Laura Guzmán, Isabel Quesada, Diana Fuster, Lizeth Ramírez, y Pilar González. 2002. *Sistematización: Reconstrucción de liderazgos femeninos, experiencias desde lo cotidiano, personal y colectivo*. San José: Programa PROLID.

- Vázquez, María, Ingrid Vargas, Amparo Mogollón-Pérez, Maria Ferreira, Jean-Pierre Unger y Pierre De Paepe, eds. 2018. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. <https://books.scielo.org/id/xbqty/>.
<https://doi.org/10.12804/tm9789587388121>.
- Velasco Román, Katherine. 2023. “Diseño arquitectónico de vivienda social en el barrio Santa Rita al sur de la ciudad de Quito”. Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador. <https://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/31965>

Anexos

1. Anexo 1: Línea del tiempo documental y perfil histórico participativo



Elaboración propia

2. Anexo 2: Matriz de ordenamiento y reconstrucción

N°	Fecha	Actividad	Participantes	Objetivo	Resultados	Contexto	Evidencia	Nivel de análisis
1	2022	Proceso sostenido de intervención en infraestructura y gestión social (comunitaria y unidades habitacionales)	Equipo AVSI - Propietaria de vivienda - Familias - ONGs	Diseñar, implementar y acompañar mejoras de habitabilidad (seguridad, servicios y accesibilidad) y procesos de gestión social (convivencia, corresponsabilidad y uso comunitario) en espacios colectivos y unidades habitacionales que acogen a personas en movilidad humana y familias locales. Todo ello mediante la articulación entre AVSI, lideresas barriales, familias, propietarias/arrendatarias y organizaciones sociales, con el fin de consolidar entornos seguros, inclusivos y sostenibles.	Proceso sostenido: Se rehabilitaron componentes clave de las viviendas y espacios comunitarios (como iluminación, cerraduras, ventilación, puntos de agua y señalética), y se consensuaron normas de convivencia. Este proceso fortaleció la corresponsabilidad entre familias de acogida, personas en movilidad humana y actores territoriales; redujo riesgos domésticos y conflictos; y aumentó la percepción de seguridad, estabilidad e integración comunitaria.	Proyecto PRM - Integrados	Actas de entrega de obra, acuerdos con los propietarios/as, acuerdos con familias alojadas y autorizaciones fotográficas	General - Particular - Individual
2	28/03/2023	Historia de vida	Mujer - Equipo AVSI	Visibilizar, a través del testimonio de una mujer migrante, los procesos de transformación personal y comunitaria vividos durante su proceso migratorio y de integración en Ecuador, destacando el acompañamiento institucional y el fortalecimiento de su autonomía y sentido de pertenencia.	La historia de vida compartida permite sensibilizar a la comunidad sobre las experiencias y desafíos de las mujeres migrantes, reconociendo su resiliencia y contribución a la vida colectiva, así como el papel del acompañamiento institucional en la construcción de procesos de integración dignos y esperanzadores.	Proyecto PRM - Integrados	Publicación en redes sociales (Facebook)	Individual
3	23/05/2023	Taller inclusión socioeconómica en viviendas	Equipo AVSI - Propietaria de vivienda - Familias - ONGs	Fortalecer las capacidades de inclusión socioeconómica de las familias en movilidad humana y de las familias de acogida que habitan en las viviendas del proyecto, promoviendo la corresponsabilidad entre AVSI, propietarias de vivienda, familias y organizaciones sociales para mejorar las condiciones de vida y la integración local.	Se fortalecieron capacidades de inclusión socioeconómica y se formalizaron acuerdos de corresponsabilidad entre AVSI, propietarias de vivienda, familias y organizaciones sociales, mejorando el acceso a empleo, medios de vida y apoyos básicos; con participación activa de mujeres lideresas, se incrementó la integración local en las viviendas del proyecto.	Proyecto PRM - Integrados	Fotografías	Particular
4	24/10/2023	Recorrido de infraestructura CDC	Comunidad en general - lideresas barriales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI	Realizar una visita técnica de infraestructura al CDC para evaluar sus condiciones y validar la viabilidad de la intervención, garantizando que las mejoras respondan a las necesidades comunitarias y promuevan espacios seguros, inclusivos y de uso colectivo.	Se realizó una visita técnica de infraestructura al CDC que evaluó estructura, seguridad y servicios, validando la viabilidad de intervención y priorizando mejoras (iluminación, accesibilidad, señalética y áreas comunes) acordadas con la comunidad. Con participación activa de mujeres lideresas en la validación, se aseguró que las adecuaciones respondan a necesidades locales y consoliden espacios seguros, inclusivos y de uso colectivo.	Proyecto PRM - Integrados	Fotografías	Particular
5	18/11/2023	Diagnóstico participativo I	Comunidad en general - lideresas barriales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI	Identificar de manera participativa los problemas, recursos y necesidades del barrio Santa Rita para comprender su realidad local y construir, junto a la comunidad, soluciones colectivas orientadas al acompañamiento y fortalecimiento territorial durante un año.	Se identificaron de forma participativa los principales problemas, recursos y necesidades del barrio Santa Rita, fortaleciendo el diálogo y la organización comunitaria; con liderazgo protagónico de mujeres lideresas, el proceso derivó en la construcción de un plan de acción con soluciones colectivas y redes locales de apoyo que reforzaron la confianza, la cooperación y el tejido social del territorio.	Proyecto PRM - Integrados	Informe, mapas y fotografías	Particular
6	15/12/2023	Feria de servicios y derechos humanos	Comunidad en general - lideresas barriales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI	Sensibilizar a la comunidad sobre los derechos de las personas migrantes, en el marco del Día Mundial del Migrante, mediante una feria en la Plataforma Norte que promueva la inclusión, la solidaridad y el reconocimiento de las comunidades de acogida como espacios de convivencia y protección.	Se desarrolló una feria comunitaria en la Plataforma Norte que promovió la inclusión y la solidaridad entre personas migrantes y comunidades de acogida, con la participación protagónica de mujeres lideresas de Santa Rita. A través de actividades culturales y artísticas se fomenta la integración, el reconocimiento mutuo y se consolidaron vínculos de convivencia y protección colectiva en el territorio.	Proyecto PRM - Integrados	Fotografías	General
7	20/12/2023	Brigada de Protección I (navidad)	Comunidad en general - lideresas barriales - lideresas UNIVEC - niños - niñas - equipo AVSI	Realizar un evento de integración y recreación por Navidad para niños y niñas de la comunidad de Santa Rita, fortaleciendo los lazos comunitarios, la inclusión y el ejercicio del derecho al juego y la participación	Se realizó un evento navideño de integración y recreación para niños y niñas de la comunidad de Santa Rita, con la participación activa de mujeres lideresas como organizadoras y facilitadoras. A través de actividades lúdicas y colectivas se fortalecieron los lazos comunitarios, se promovió la inclusión y se garantizó el ejercicio del derecho al juego y la participación, generando espacios de encuentro y cuidado compartido.	Proyecto PRM - Integrados	Informe, registro de asistencia y fotografías	Particular
8	2023	Proceso sostenido de intervención en infraestructura y gestión social (comunitaria y unidades habitacionales)	Equipo AVSI - Propietaria de vivienda - Familias - ONGs	Diseñar, implementar y acompañar mejoras de habitabilidad (seguridad, servicios y accesibilidad) y procesos de gestión social (convivencia, corresponsabilidad y uso comunitario) en espacios colectivos y unidades habitacionales que acogen a personas en movilidad humana y familias locales. Todo ello mediante la articulación entre AVSI, lideresas barriales, familias, propietarias/arrendatarias y organizaciones sociales, con el fin de consolidar entornos seguros, inclusivos y sostenibles.	Proceso sostenido: Se rehabilitaron componentes clave de las viviendas y espacios comunitarios (como iluminación, cerraduras, ventilación, puntos de agua y señalética), y se consensuaron normas de convivencia. Este proceso fortaleció la corresponsabilidad entre familias de acogida, personas en movilidad humana y actores territoriales; redujo riesgos domésticos y conflictos; y aumentó la percepción de seguridad, estabilidad e integración comunitaria.	Proyecto PRM - Integrados	Actas de entrega de obra, acuerdos con los propietarios/as, acuerdos con familias alojadas y autorizaciones fotográficas	General - Particular - Individual
9	2023	Proceso sostenido de gestión y remisión de casos de protección (presencial y virtual)	Lideresas barriales - lideresas UNIVEC - personas en situación de vulnerabilidad - equipo AVSI	Realizar la gestión y remisión de casos de protección con énfasis en mujeres, niñas, niños y adolescentes, garantizando una atención integral y oportuna en ámbitos psicológicos, legales, de protección, medios de vida y otras asistencias, con enfoque de género, derechos humanos y protección integral.	Proceso sostenido: Se gestionaron y remitieron casos de protección con énfasis en mujeres, niñas, niños y adolescentes, articulando respuestas integrales en los ámbitos psicológico, legal, de protección y medios de vida. Las mujeres lideresas participaron activamente en la identificación y acompañamiento de los casos, fortaleciendo redes de confianza y cuidado que promovieron una atención oportuna y con enfoque de género, derechos humanos y protección integral.	Proyecto PRM - Integrados	Correos electrónicos, fichas de referencia y mensajes	Particular - Individual
10	18/01/2024	Minga comunitaria I (CDC)	Comunidad en general - lideresas barriales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI	Colaborar en el mantenimiento de espacios públicos y del CDC mediante una minga comunitaria, fomentando la participación colectiva, el cuidado del entorno y la apropiación de los espacios.	Se realizó una minga comunitaria para el mantenimiento de espacios públicos y del CDC, con la participación activa de mujeres lideresas, familias locales y personas en movilidad humana. Esta acción colectiva fortaleció el sentido de corresponsabilidad, el cuidado del entorno y la apropiación de los espacios comunitarios como lugares de encuentro, convivencia y protección mutua.	Proyecto PRM - Integrados	Acta de entrega, factura y fotografías	Particular
11	24/02/2024	Taller de elaboración de trajes típicos	Lideresas barriales - lideresas UNIVEC - niñas - equipo AVSI	Elaborar trajes típicos de baile venezolanos junto a mujeres del barrio Santa Rita, fortaleciendo la integración intercultural, el reconocimiento de la diversidad y el empoderamiento comunitario de las mujeres migrantes y de acogida.	Se elaboraron trajes típicos de baile venezolanos junto a mujeres del barrio Santa Rita, fortaleciendo la integración intercultural y el reconocimiento de la diversidad. Este proceso colectivo permitió el intercambio de saberes, el trabajo colaborativo y el empoderamiento comunitario de mujeres migrantes y de acogida, consolidando vínculos de solidaridad y pertenencia en el territorio.	Proyecto PRM - Integrados	Acta de entrega y factura	Particular
12	24/02/2024	Brigada de Protección II (inauguración CDC)	Comunidad en general (92 personas en total 44 población local 48 población migrante)	Realizar un evento de integración comunitaria para celebrar las mejoras del CDC, promoviendo la participación de toda la comunidad a través de actividades interculturales de baile, murales y juegos infantiles que fortalezcan la convivencia, el sentido de pertenencia y la cohesión entre personas en movilidad humana y de acogida.	Se realizó un evento de integración comunitaria para celebrar las mejoras del CDC, con amplia participación de mujeres lideresas, familias locales y personas en movilidad humana. A través de actividades interculturales de baile, murales y juegos infantiles, se fortaleció la convivencia, el sentido de pertenencia y la cohesión comunitaria, consolidando el CDC como un espacio de encuentro y cuidado colectivo.	Proyecto PRM - Integrados	Informe, factura, registro de asistencia y fotografías	Particular
13	7/03/2024	Conversatorio sobre experiencias de comunitarias I	Lideresas barriales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI - equipo AVSI Italia - equipo AVSI Brasil	Socializar historias de vida de mujeres lideresas migrantes y de acogida para sensibilizar a la comunidad sobre las problemáticas vinculadas al género, la migración, la salud y la protección, promoviendo el reconocimiento de sus derechos y el fortalecimiento de redes de apoyo solidarias.	En el marco de la visita de AVSI Italia, se socializaron historias de vida de mujeres lideresas migrantes y de acogida, generando espacios de diálogo y reflexión sobre género, migración, salud y protección. Estas acciones visibilizaron sus aportes en la construcción comunitaria, promovieron el reconocimiento de derechos y fortalecieron redes de apoyo solidarias, reafirmando el rol de las mujeres como protagonistas del cambio social en el territorio.	Proyecto PRM - Integrados	Actas de entrega, facturas, fotografías	General - Particular - Individual
14	13/03/2024	Taller bomberos I	Comunidad en general (25 personas) - equipo AVSI - bomberos	Capacitar a las personas del barrio Santa Rita en el uso seguro y responsable del gas doméstico, promoviendo la prevención de riesgos y la protección comunitaria	Se capacitó a las personas del barrio Santa Rita junto con Cuerpo de Bomberos en el uso seguro y responsable del gas doméstico, con la participación activa de mujeres lideresas en la organización y difusión de la actividad. Esta acción fortaleció la prevención de riesgos, promovió prácticas de cuidado colectivo y consolidó la protección comunitaria en el territorio.	Proyecto PRM - Integrados	Registro de asistencia, factura y fotografías	Particular
15	22/03/2024	Brigada de Salud I	Comunidad en general (81 personas 39 población de acogida 42 movilidad humana) - equipo AVSI - doctores/as	Garantizar el acceso a atención primaria en salud integral y continua para personas en movilidad humana y comunidades de acogida del barrio Santa Rita	Se desarrolló una brigada de salud que garantizó el acceso a atención primaria integral y continua para personas en movilidad humana y comunidades de acogida del barrio Santa Rita. Con la participación activa de mujeres lideresas en la convocatoria y acompañamiento, se promovió el cuidado preventivo, la detección temprana de necesidades y el fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo en salud.	Proyecto PRM - Integrados	Informe, registro de asistencia y fotografías	General - Particular - Individual
16	27/03/2024	Taller de bomberos II	Comunidad en general (35 personas) - equipo AVSI - bomberos	Capacitar a las personas del barrio Santa Rita en el uso adecuado de extintores, fortaleciendo sus capacidades de respuesta ante emergencias y promoviendo la seguridad comunitaria	Se realizó un taller con el Cuerpo de Bomberos dirigido a las personas del barrio Santa Rita, con la participación activa de mujeres lideresas. Esta capacitación, que respondió a necesidades identificadas en el diagnóstico participativo, fortaleció las capacidades comunitarias de respuesta ante emergencias y promueve la seguridad y el cuidado colectivo en el territorio.	Proyecto PRM - Integrados	Registro de asistencia, factura y fotografías	Particular
17	10/04/2024	Taller de salud integral I	Comunidad en general - lideresas barriales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI - Municipio DMQ	Capacitar a la comunidad del barrio Santa Rita en temas de salud sexual y reproductiva, nutrición y salud mental, promoviendo el acceso a información integral, la toma de decisiones autónomas y el ejercicio del derecho a la salud con equidad de género y enfoque comunitario.	Se capacitó a la comunidad del barrio Santa Rita en salud sexual y reproductiva, nutrición y salud mental, con participación protagónica de mujeres lideresas como multiplicadoras de conocimiento. Estas jornadas promovieron el acceso a información integral, el ejercicio del derecho a la salud y la toma de decisiones autónomas, fortaleciendo la equidad de género y el enfoque comunitario en el territorio.	Proyecto PRM - Integrados	Acta entrega, factura y fotografías	Particular - Individual
18	14/05/2024 15/05/2024	Brigada de Salud II	Lideresas barriales - lideresas UNIVEC - mujeres - equipo AVSI - doctores/as	Garantizar el acceso a servicios de salud para mujeres mediante la realización de exámenes ginecológicos especializados y tratamientos médicos, promoviendo la atención integral, la prevención y el ejercicio del derecho a la salud con enfoque de género y derechos humanos.	Se garantizó el acceso a servicios de salud para mujeres del barrio Santa Rita mediante la realización de exámenes ginecológicos especializados y tratamientos médicos. Con el acompañamiento de mujeres lideresas en la convocatoria y orientación comunitaria, se promueve la atención integral, la prevención y el ejercicio del derecho a la salud con enfoque de género y derechos humanos.	Proyecto PRM - Integrados	Informe y registro de asistencia	General - Particular - Individual

19	4/06/2024	Brigada de Protección III (día del niño)	Comunidad en general - lideresas bariales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI	Implementar una brigada para promover y ejercer los derechos de NNA (protección, juego, participación e información), mediante espacios lúdicos, orientación en protección y salud preventiva, fortaleciendo la convivencia e integración comunitaria.	Se realizó una brigada por el Día del Niño en Santa Rita, con participación activa de mujeres lideresas bariales y como organizadoras y facilitadoras. A través de actividades lúdicas y de orientación en derechos se fortalecieron los lazos comunitarios, se promovió la inclusión y se garantizó el ejercicio del derecho al juego, la participación y la protección de NNA, generando espacios de encuentro y cuidado comunitario.	Proyecto PRM - Integrados	Registro de asistencia, factura y fotografías	Particular
20	12/06/2024	Taller de liderazgo I	Comunidad en general - lideresas bariales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI - ONGs	Fortalecer las capacidades de mujeres lideresas y referentes comunitarios en resolución de conflictos y liderazgo; identificación y prevención de trata de personas; autocuidado con enfoque de género; y rutas/protocolos de violencia, para mejorar la respuesta comunitaria, la organización y el acompañamiento solidario en el territorio.	Se realizaron talleres participativos con mujeres lideresas que reforzaron mediación básica y liderazgo, identificaron señales de riesgo de trata y activación segura de alertas, actualizaron proyectos de vida y practicaron autocuidado y uso de rutas/protocolos de violencia; con ello, fortalecieron su papel como referentes de protección en el barrio Santa Rita.	Proyecto PRM - Integrados	Áfiche y fotografías	Particular - Individual
21	13/06/2024	Taller de liderazgo II	Comunidad en general - lideresas bariales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI - ONGs	Fortalecer las capacidades de mujeres lideresas y referentes comunitarios en herramientas de bienestar y salud mental, desmitificación de la violencia sexual y acompañamiento seguro, y salud sexual y reproductiva, para mejorar la prevención, la detección temprana y el cuidado mutuo con enfoque de género y derechos.	Se realizaron talleres participativos con mujeres lideresas donde se practicaron primeros auxilios emocionales y planes de autocuidado; se desmontaron mitos sobre violencia sexual y se acordó un protocolo básico de acompañamiento y derivación; además, se actualizaron conocimientos en salud sexual y reproductiva. Con ello, las participantes fortalecieron su rol como referentes de cuidado y protección en el barrio Santa Rita.	Proyecto PRM - Integrados	Áfiche y fotografías	Particular - Individual
22	13/06/2024	Minga comunitaria II (viviendas)	Comunidad en general - lideresas bariales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI	Colaborar en el mantenimiento de espacios públicos y unidades habitacionales mediante una minga comunitaria, fomentando la participación colectiva, el cuidado del entorno y la apropiación de los espacios.	Se realizó una minga comunitaria para el mantenimiento de espacios públicos y de unidades habitacionales que, con activa participación de mujeres lideresas, familias locales y personas en movilidad humana, fortaleció la participación colectiva, el cuidado del entorno y la apropiación de los espacios como lugares de encuentro y protección.	Proyecto PRM - Integrados	Fotografías	Particular
23	15/06/2024	Brigada de Protección IV (Feria del Refugiado)	Comunidad en general - equipo AVSI - ONGs	Sensibilizar a la comunidad sobre los derechos de las personas refugiadas y migrantes, conmemorando el Día Internacional del Refugiado, para promover la solidaridad, la inclusión y el reconocimiento de las comunidades de acogida como espacios de protección y convivencia.	Se participó en una feria organizada en conmemoración del Día Internacional del Refugiado, con la presencia de mujeres lideresas del barrio Santa Rita, así como de organizaciones públicas y privadas. A través de actividades culturales y espacios de sensibilización se promovió la solidaridad, la inclusión y el reconocimiento de las comunidades de acogida como entornos de protección, convivencia y respeto.	Proyecto PRM - Integrados	Factura y fotografías	General
24	22/06/2024	Taller de regularización migratoria	Comunidad en general - equipo AVSI - ONGs	Brindar información y orientación práctica sobre los procesos de regularización migratoria, promoviendo el acceso a derechos, la seguridad jurídica y la integración social de las personas en movilidad humana.	Las personas participantes adquieren conocimientos claros sobre los requisitos, procedimientos y beneficios de la regularización migratoria, fortaleciendo su capacidad para acceder a servicios, ejercer sus derechos y participar activamente en la vida comunitaria.	Proyecto PRM - Integrados	Áfiche	Particular
25	4/07/2024	Premiación organizaciones en cascada	Comunidad en general - equipo AVSI - OSC	Reconocer a las organizaciones de la sociedad civil que desarrollan proyectos de integración social en Quito, visibilizando sus aportes a la inclusión, la convivencia intercultural y la promoción de derechos de personas en movilidad humana y comunidades de acogida.	Se organizó el evento de premiación a las organizaciones de la sociedad civil que desarrollan proyectos de integración social en Quito, donde AVSI se visibilizó institucionalmente y realizó la entrega de fondos a las iniciativas destacadas. Este reconocimiento fortaleció la articulación con otros actores sociales y resaltó los aportes locales a la inclusión, la convivencia intercultural y la promoción de derechos de personas en movilidad humana y comunidades de acogida.	Proyecto PRM - Integrados	Registro de asistencia, factura y fotografías	General
26	8/08/2024	Reunión de cierre de proyecto	Lideresas bariales - lideresas UNIVEC - mujeres - equipo AVSI	Compartir resultados y aprendizajes del proyecto, recoger retroalimentación de la comunidad y agradecer su compromiso, acordando acciones de continuidad y corresponsabilidad para la sostenibilidad de las iniciativas locales.	Se socializaron resultados y aprendizajes, se recogió retroalimentación comunitaria y se acordaron acciones de continuidad en el siguiente proyecto, con participación activa de mujeres lideresas y actores bariales.	Proyecto PRM - Integrados	Fotografías	Particular
27	3/10/2024	Conversatorio de experiencias comunitarias II	Lideresas bariales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI - equipo AVSI Italia	Socializar historias de vida de mujeres lideresas migrantes y de acogida para sensibilizar a la comunidad sobre las problemáticas vinculadas al género, la migración, la salud y la protección, promoviendo el reconocimiento de sus derechos y el fortalecimiento de redes de apoyo solidarias.	Se socializaron historias de vida de mujeres lideresas migrantes y de acogida en un espacio comunitario de diálogo y reflexión, con la participación de actores locales, organizaciones y representantes institucionales. Esta actividad permitió sensibilizar sobre las problemáticas de género, migración, salud y protección, visibilizando a las mujeres como actrices de cambio y transformación, y fortaleciendo redes de apoyo solidarias y colaborativas en el territorio.	Proyecto PRM - Inspira	Correo, nota conceptual y fotografías	General - Particular - Individual
28	25/10/2024	Diagnóstico participativo II	Comunidad en general - lideresas bariales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI	Actualizar e identificar de manera participativa los problemas, recursos y necesidades del barrio Santa Rita para comprender su realidad local y construir, junto a la comunidad, soluciones colectivas orientadas al acompañamiento y fortalecimiento territorial durante un año.	Se realizó un diagnóstico participativo en el barrio Santa Rita que permitió actualizar e identificar los principales problemas, recursos y necesidades del territorio. Gracias al trabajo previo en el sector y al reconocimiento de las mujeres lideresas, se contó con una alta aceptación comunitaria y motivación para continuar los procesos organizativos. Aunque se identificaron problemáticas de competencia estatal, el equipo y la comunidad acordaron articular con las instituciones competentes y desarrollar acciones colectivas orientadas al fortalecimiento territorial y comunitario.	Proyecto PRM - Inspira	Informe, registro de asistencia, facturas y fotografías	Particular
29	20/11/2024	Taller de Violencia Basada en Género (VBG)	Comunidad en general - lideresas bariales - lideresas UNIVEC - equipo AVSI	Desarrollar un taller sobre violencia basada en género (VBG) con la participación activa de las lideresas comunitarias, fortaleciendo sus capacidades para la prevención, detección y acompañamiento en casos de violencia, y promoviendo entornos seguros, solidarios y libres de discriminación.	Las lideresas comunitarias fortalecen su rol como agentes de prevención y referencia en el territorio, mientras las y los participantes reconocen las formas de violencia basada en género, las rutas de atención y la importancia del acompañamiento comunitario con enfoque de derechos y equidad.	Proyecto PRM - Inspira / Proyecto Expertise France MERA	Registro de asistencia, actas de entrega y facturas	Particular - Individual
30	20/11/2024	Conversatorio y recorrido por las experiencias comunitarias III	Lideresas bariales - lideresas UNIVEC - dueñas de casa - familias - equipo AVSI - AFD - representantes de Municipio DMQ Cali	Socializar historias de vida de mujeres lideresas migrantes y de acogida para sensibilizar a la comunidad sobre las problemáticas vinculadas al género, la migración, la salud y la protección, promoviendo el reconocimiento de sus derechos y el fortalecimiento de redes de apoyo solidarias.	Se realizó un conversatorio y recorrido por las experiencias comunitarias del barrio Santa Rita, con la participación de mujeres lideresas, actores locales y representantes institucionales. Estos espacios permitieron compartir aprendizajes, visibilizar los logros y resultados construidos junto a las mujeres y resaltar la integración comunitaria como un proceso colectivo de transformación, fortaleciendo la cooperación y el acompañamiento territorial.	Proyecto PRM - Inspira / Proyecto Expertise France MERA	Registro de asistencia, actas de entrega, facturas, y fotografías	General - Particular - Individual
31	26/11/2024	Feria para la prevención de la VBG	Lideresas bariales y lideresas UNIVEC, Municipio DMQ	Brindar información a la comunidad para reconocer, prevenir y actuar frente a la violencia basada en género, promoviendo relaciones igualitarias, el respeto a los derechos de las mujeres y la construcción de entornos seguros y libres de violencia.	Se participó en una feria comunitaria para la prevención de la violencia basada en género, con la participación protagónica de mujeres lideresas del barrio Santa Rita. A través de actividades informativas, artísticas y participativas, se fortaleció el empoderamiento de las mujeres como agentes de cambio, promoviendo su capacidad para replicar la información en nuevos espacios comunitarios y consolidar redes de apoyo que fomentan entornos seguros y libres de violencia.	Proyecto PRM - Inspira	Fotografías	General
32	30/11/2024	Taller de salud integral II	Lideresas bariales - lideresas UNIVEC - mujeres - adolescentes - equipo AVSI - colectivo	Brindar un espacio formativo y reflexivo para que las mujeres reconozcan y comprendan los procesos de su salud menstrual, fortaleciendo el autocuidado, la autonomía corporal y el derecho a la salud integral.	Se desarrolló un espacio formativo y reflexivo sobre salud menstrual con la participación protagónica de mujeres y adolescentes del barrio Santa Rita. A través del diálogo y el intercambio de saberes se fortalecieron el autocuidado, la autonomía corporal y el reconocimiento del derecho a una salud integral, promoviendo prácticas de cuidado y apoyo entre mujeres en la comunidad.	Proyecto PRM - Inspira	Registro de asistencia, facturas y fotografías	Particular - Individual
33	5/12/2024	Reunión en Administración zonal	ONGs, líderes bariales y representantes del Municipio del DMQ - equipo AVSI	Informar al Municipio sobre las acciones colectivas desarrolladas en el CDC y sensibilizar sobre su importancia como espacio comunitario abierto, promoviendo su uso colectivo, la corresponsabilidad institucional y la sostenibilidad de las iniciativas locales.	Se realizó una reunión con representantes del Municipio DMQ para socializar las acciones colectivas desarrolladas en el CDC y sensibilizar sobre su importancia como espacio comunitario abierto. Con la participación de mujeres lideresas, se promovió el reconocimiento del CDC como un lugar de encuentro y organización, impulsando la corresponsabilidad institucional y la sostenibilidad de las iniciativas locales.	Proyecto PRM - Inspira	Correo electrónico	General
34	2024	Proceso sostenido de intervención en infraestructura y gestión social (comunitaria y unidades habitacionales)	Equipo AVSI - Propietaria de vivienda Familias - ONGs	Diseñar, implementar y acompañar mejoras de habitabilidad (seguridad, servicios y accesibilidad) y procesos de gestión social (convivencia, corresponsabilidad y uso comunitario) en espacios colectivos y unidades habitacionales que acogen a personas en movilidad humana y familias locales. Todo ello mediante la articulación entre AVSI, lideresas bariales, familias, propietarias/arrendatarias y organizaciones sociales, con el fin de consolidar entornos seguros, inclusivos y sostenibles.	Proceso sostenido: Se rehabilitaron componentes clave de las viviendas y espacios comunitarios (como iluminación, cerraduras, ventilación, puntos de agua y salubridad), y se consensuaron normas de convivencia. Este proceso fortaleció la corresponsabilidad entre familias de acogida, personas en movilidad humana y actores territoriales; redujo riesgos domésticos y conflictos; y aumentó la percepción de seguridad, estabilidad e integración comunitaria.	Proyecto PRM - Integrados	Actas de entrega de obra, acuerdos con los propietarios/as, acuerdos con familias alojadas y autorizaciones fotográficas	General - Particular - Individual
35	2024	Proceso sostenido de gestión y remisión de casos de protección (presencial y virtual)	Lideresas bariales - lideresas UNIVEC - personas en situación de vulnerabilidad - equipo AVSI	Realizar la gestión y remisión de casos de protección con énfasis en mujeres, niñas, niños y adolescentes, garantizando una atención integral y oportuna en ámbitos psicológicos, legales, de protección, medios de vida y otras asistencias, con enfoque de género, derechos humanos y protección integral.	Proceso sostenido: Se gestionaron y remitieron casos de protección con énfasis en mujeres, niñas, niños y adolescentes, articulando respuestas integrales en los ámbitos psicológico, legal, de protección y medios de vida. Las mujeres lideresas participaron activamente en la identificación y acompañamiento de los casos, fortaleciendo redes de confianza y cuidado que promovieron una atención oportuna y con enfoque de género, derechos humanos y protección integral.	Proyecto PRM - Inspira	Correos electrónicos, fichas de referencia y mensajes	Individual
36	21/03/2025	Socialización de proyecto de investigación	Investigadora - lideresas bariales - lideresas UNIVEC - mujeres	Socializar la propuesta de investigación con la comunidad para informar su alcance y objetivos, recabando su interés y consentimiento informado como parte de un proceso ético y respetuoso, reconociendo a la comunidad como sujeto colectivo de conocimiento.	Se socializó la propuesta de investigación con las mujeres del barrio Santa Rita, explicando su alcance y objetivos en un espacio participativo y de diálogo abierto. Este encuentro permitió fortalecer la confianza, reconocer a las mujeres como sujetas colectivas de conocimiento y reafirmar su papel protagónico en la construcción de saberes desde la experiencia comunitaria.	Tesis UASB	Fotografías	General - Particular
37	2025	Proceso sostenido de gestión y remisión de casos de protección (presencial y virtual)	Equipo AVSI, personas en situación de vulnerabilidad	Realizar la gestión y remisión de casos de protección con énfasis en mujeres, niñas, niños y adolescentes, garantizando una atención integral y oportuna en ámbitos psicológicos, legales, de protección, medios de vida y otras asistencias, con enfoque de género, derechos humanos y protección integral.	Proceso sostenido: Se gestionaron y remitieron casos de protección con énfasis en mujeres, niñas, niños y adolescentes, articulando respuestas integrales en los ámbitos psicológico, legal, de protección y medios de vida. Las mujeres lideresas participaron activamente en la identificación y acompañamiento de los casos, fortaleciendo redes de confianza y cuidado que promovieron una atención oportuna y con enfoque de género, derechos humanos y protección integral.	Proyecto Expertise France MERA	Correos electrónicos, fichas de referencia y mensajes	Particular - Individual

Elaboración propia

[illegible]

[illegible]

4. Anexo 4: Consentimiento informado institucional

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva Consentimiento Informado Institucional

Título del Estudio: “Redes comunitarias como procesos protectores de la salud mental en el barrio Santa Rita, Quito (2023–2025): sistematización y análisis desde la epidemiología y salud colectiva”.

Investigador Principal: Daniela Nathaly Michilena Proaño, estudiante de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar - sede Ecuador.

Naturaleza y tipo de estudio: Este estudio corresponde a una sistematización crítica de experiencias comunitarias desarrolladas en el barrio Santa Rita (Quito) durante el período 2023–2025. Se trata de un estudio descriptivo y observacional, fundamentado en los marcos de la salud colectiva, la epidemiología crítica y la investigación cualitativa situada. El análisis se centra en procesos ya realizados, sin incluir levantamiento de nueva información en campo. Las fuentes principales son registros institucionales, sistematizaciones previas, documentos comunitarios y materiales elaborados colectivamente en los espacios de participación facilitados por la institución colaboradora (actas y registros de actividades comunitarias, sistematizaciones previas y testimonios y producciones colectivas generadas en el marco de intervenciones territoriales).

Duración de la Participación: Se estima que el estudio tendrá una duración de 24 semanas.

Beneficios:

- **Generación de conocimiento crítico:** Aportar al campo de la salud colectiva en Ecuador mediante el análisis de experiencias territoriales, lo cual puede incidir en la reflexión académica, el debate público y la formulación de políticas más integrales y contextualizadas.
- **Fortalecimiento institucional:** Contribuir al posicionamiento de la institución como referente en prácticas de salud colectiva, potenciando su capacidad técnica y metodológica desde una perspectiva ética y transformadora.
- **Mejora de prácticas internas:** Sistematizar aprendizajes útiles para el desarrollo y la mejora de estrategias, herramientas y acciones en los territorios donde la institución trabaja.

Es importante señalar que este estudio no contempla beneficios económicos ni retribuciones materiales para las personas o instituciones participantes.

Como parte del compromiso ético, se garantizará una devolución oportuna de los resultados a la institución a través de una reunión de retroalimentación. Además, el informe final de la investigación será de acceso público y gratuito, promoviendo el uso compartido del conocimiento generado.

Posibles Riesgos: Se han tomado todas las precauciones necesarias para minimizar cualquier inconveniente. En caso de que experimente algún problema durante la investigación, puede comunicarse con a la investigadora principal.

Confidencialidad: Toda la información será tratada con criterios de confidencialidad, ética, reconocimiento epistémico y uso responsable, conforme a los principios de la salud colectiva, la ética comunitaria y la normativa nacional vigente.

- No se hará uso de nombres propios, fotografías o datos sensibles sin consentimiento explícito adicional.
- La investigación reconoce a las comunidades y lideresas como sujetos de saber y acción, no como objetos de estudio.
- En caso de identificar materiales que requieran mayor protección, estos serán excluidos o tratados con especial resguardo.

Participación Voluntaria: La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de rechazar participar en cualquier momento, sin que ello afecte su relación con la profesional. También puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificación, y sin que ello implique consecuencias negativas.

Contacto: Si tiene preguntas o inquietudes sobre el estudio, su participación, o los derechos que le asisten como institución participante, puede contactar a la investigadora principal.

Declaración de Consentimiento: He leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias. Entiendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme en cualquier momento sin que ello afecte mi relación con el equipo de investigación.

Yo, Yubari Carolina Valero Azuaje, en calidad de Representante Legal, en representación de Fundación AVSI Ecuador, autorizo formalmente el uso académico de los materiales institucionales, en el marco del estudio citado, respetando las condiciones y principios éticos aquí establecidos.

En Quito, el 1 de septiembre de 2025,



Yubari Carolina Valero Azuaje
Representante Legal Fundación AVSI Ecuador