



**Estado del arte de la investigación sobre Terapia Comunitaria Integrativa en
Latinoamérica**

Daniela Franco Duarte

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicóloga

Asesora

Luz Adriana Muñoz Duque, Doctora (PhD) en Salud Pública

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2022

| | |
|----------------------------|---|
| Cita | (Franco Duarte, 2022) |
| Referencia | Franco Duarte, D. (2022). <i>Estado del arte de la investigación sobre Terapia Comunitaria Integrativa en Latinoamérica</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. |
| Estilo APA 7 (2020) | |



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decana: Alba Nelly Gómez García.

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Al profesor y amigo Ruben por ser el primero en presentarme esta terapia, ser el generador de las ideas iniciales y brindarme los primeros contactos para dar comienzo a esta investigación.

A Catalina por aportar su tiempo y conocimiento para aumentar mi curiosidad por el tema presente.

A la institución Muyumpa, por su apertura y amabilidad para brindarme documentos poco accesibles para seguir aprendiendo sobre la Terapia Comunitaria Integrativa

A la profesora Luz Adriana Muñoz por compartir sus conocimientos, poseer paciencia, tener disposición, y brindar un acompañamiento completo, integral y auténtico, durante el presente trabajo. Gracias por confiar en mis capacidades y apoyarme para potenciarlas.

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Resumen | 10 |
| Abstract | 11 |
| Introducción | 12 |
| 1 Planteamiento del problema | 14 |
| 1.1 Antecedentes | 17 |
| 1.2 Problema de investigación | 19 |
| 2 Justificación..... | 21 |
| 3 Objetivos | 23 |
| 3.1 Objetivo general | 23 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 23 |
| 4 Referente teórico | 24 |
| 5 Metodología | 29 |
| 5.1 Enfoque | 29 |
| 5.2 Método | 29 |
| 5.3 Estrategia..... | 30 |
| 5.4 Selección de la muestra documental: criterios de inclusión y exclusión del material | 31 |
| 5.5 Técnicas de recolección de información | 32 |
| 5.6 Plan de recolección de la información | 33 |
| 5.6.1 Búsqueda..... | 33 |
| 5.6.2 Selección de documentos pertinentes. | 34 |
| 5.7 Registro de documentos hallados | 34 |
| 5.8 Plan de análisis de la información..... | 36 |
| 6 Consideraciones éticas | 38 |
| 7 Hallazgos | 40 |

| | |
|---|----|
| 7.1 Categorías emergentes en el análisis del material documental | 40 |
| 7.2 Diversas denominaciones para un quehacer terapéutico | 41 |
| 7.3 Contribuciones de la implementación de la TCI: principal tema en las investigaciones revisadas | 42 |
| 7.3.1 Efectos en el proceso de salud-enfermedad-atención | 43 |
| 7.3.2 Construcción colectiva para el abordaje de problemáticas | 44 |
| 7.3.3 Facilidades para el acceso a la terapia..... | 45 |
| 7.4 Problemas presentados en las ruedas de conversación..... | 46 |
| 7.5 Población objeto de estudio en las investigaciones revisadas | 48 |
| 7.6 Técnicas de recolección de información utilizadas en las investigaciones revisadas | 50 |
| 7.7 Lugares de implementación en la aplicación de la terapia..... | 51 |
| 7.8 Estrategias aportadas en las ruedas de conversación..... | 52 |
| 7.9 Dificultades de la implementación de la terapia | 53 |
| 7.10 Metodologías implementadas en la investigación sobre TCI..... | 56 |
| 7. 11 Consideraciones éticas en las investigaciones revisadas..... | 57 |
| 7.12 Conexión entre las anteriores categorías | 58 |
| 8 Discusión | 60 |
| 8.1 Cumplimiento de los objetivos de la TCI..... | 60 |
| 8.2 Importancia del contexto en la práctica de la TCI..... | 61 |
| 8.3 Mejora de dificultades en la terapia | 63 |
| 8.4 Aplicabilidad de la TCI dentro de la psicología y en Colombia | 67 |
| 9 Recomendaciones del estudio | 72 |
| 10 Limitaciones del estudio..... | 76 |
| 11 Conclusiones | 77 |
| Referencias | 80 |
| Anexos..... | 90 |

| | |
|--|----|
| Anexo 1. Ficha bibliográfica Hoyos | 90 |
| Anexo 2. Categorías de análisis emergidas en el estudio..... | 93 |

Lista de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1 Fichla bibliográfica | 34 |
| Tabla 2 Categorías asociadas | 40 |

Lista de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 Convergencia entre categorías | 59 |
|---|----|

Siglas, acrónimos y abreviaturas

| | |
|---------------|---|
| APA | American Psychological Association |
| TCI/TC | Terapia Comunitária Integrativa |
| TCIS | Terapia Comunitária Integrativa Sistémica |
| ESF | Estrategia de salud de la familia |
| USF | Unidad de salud de familia |
| SUS | Sistema único de salud |
| CAPS | Centro de atención psicosocial |
| CRAS | Centros de referencia de la asistencia social |
| UdeA | Universidad de Antioquia |

Resumen

El actual trabajo tuvo como objetivo describir el estado del arte de la investigación sobre la Terapia Comunitaria Integrativa (TCI) dentro del contexto latinoamericano. Para ello buscó reconocer los enfoques teóricos que han sido utilizados en las investigaciones, al igual que la población objeto de estudio, las técnicas de recolección de información y las metodologías implementadas en los estudios previos sobre la TCI en Latinoamérica. Para lo anterior se eligió la investigación documental con un enfoque cualitativo, utilizando la estrategia del estado del arte. Fueron seleccionadas cinco bases de datos y algunas páginas web que tuvieran relación con la temática y podrían contener información sobre las investigaciones sobre TCI. Los datos recolectados permitieron construir las siguientes categorías: contribuciones de la TCI, problemas presentados en las ruedas de conversación, población objeto de estudio en las investigaciones revisadas, técnicas de recolección de información utilizadas en las investigaciones revisadas, lugares de implementación en la aplicación de la terapia, estrategias aportadas en las ruedas de conversación, tema de estudio en las investigaciones revisadas, dificultades de la implementación de la terapia, metodologías implementadas en la investigación y consideraciones éticas en las investigaciones revisadas. Gracias a la exploración realizada fue posible concluir que Latinoamérica ha sido un contexto importante en el desarrollo investigativo de la TCI; sin embargo, en Colombia aún falta mayor exploración, pero queda claro el posicionamiento de la TCI como una estrategia preventiva y accesible para diferentes comunidades, que puede mejorar la calidad de los servicios en salud mental brindados a la población.

Palabras clave: Terapia Comunitaria Integrativa, estado del arte, terapias alternativas, servicios comunitarios de salud mental.

Abstract

The current study aimed to describe the state of the art of research on Integrative Community Therapy (ICT) in the Latin American context. To this end, it sought to recognize the theoretical approaches that have been used in research, as well as the population under study, the data collection techniques and the methodologies implemented in previous studies on ICT in Latin America. Documentary research with a qualitative approach was chosen for this purpose, using the state of the art strategy. Five databases and some web pages were selected that were related to the topic and could contain information on ICT research. The data collected made it possible to construct the following categories: Contributions of ICT, Problems presented in the discussion groups, Population studied in the research reviewed, Data collection techniques used in the research reviewed, Places of implementation in the application of the therapy, Strategies contributed in the discussion groups, Subject of study in the research reviewed, Difficulties in the implementation of the therapy, Methodologies implemented in the research and Ethical considerations in the research reviewed. Thanks to the exploration carried out, it was possible to conclude that Latin America has been an important context in the research development of ICT, however, in Colombia there is still a lack of further exploration, but it is clear its positioning as a preventive and accessible strategy for different communities, which improves the quality of mental health services provided to the population.

Keywords: Integrative Community Therapy, state of the art, alternative therapies, community mental health services.

Introducción

El interés inicial del presente trabajo investigativo viene dado por la idea de conocer y profundizar en una estrategia que sea accesible y de fácil implementación para la población con mayor inequidad en el acceso a servicios de salud. La Terapia Comunitaria Integrativa parecía una estrategia cercana a este propósito, sin embargo, primero era necesario conocer lo que han dicho las investigaciones hasta el momento actual. Esa búsqueda es importante debido a la clara evidencia de la desigualdad social que es vivida en Colombia, y de manera general en Latinoamérica. Esto ha llevado a que unos sectores se vean beneficiados respecto a otros en temas vitales como son la vivienda, la educación, el trabajo y la salud, por lo cual, la consolidación de diferentes estrategias colectivas que permitan salir de este problema debería ser antepuestas hoy en día, más que todo luego de la pandemia del 2020 donde fueron agudizadas estas brechas.

En temas de salud, algunos países han puesto en marcha diferentes estrategias para salir de este modelo. Por ejemplo, Brasil ha implementado programas como la Estrategia de Salud de la Familia o la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias. Este mismo país fue el precursor de la Terapia Comunitaria Integrativa, la cual ha permitido la inclusión de una atención en salud mental para las comunidades que viven ante situaciones desfavorables. Al conocer este panorama surgió la pregunta por ¿cuál es el estado del arte de la investigación sobre la Terapia Comunitaria Integrativa en Latinoamérica? Teniendo en cuenta las similitudes entre el contexto de procedencia de la TCI y Colombia, se podría llegar a encontrar factible su implementación en este país en diferentes sectores que son excluidos de servicios públicos en salud mental. Consecuentemente, el propósito con este escrito fue describir el estado del arte de la investigación sobre la Terapia Comunitaria Integrativa dentro del contexto latinoamericano.

Para lograr este objetivo, se iniciará contextualizando sobre el desarrollo de la TCI en Latinoamérica, con motivo de dar un panorama sobre la historia que tuvo su inicio y su expansión en diferentes países cercanos con problemáticas similares. De igual modo, aquí se resaltarán la importancia que ha tenido su inscripción en diferentes estrategias de salud, debido a que esto ha posibilitado la aceptación de diferentes disciplinas y ha facilitado el registro de la evidencia de su utilidad en cuestiones de salud mental. No obstante, gracias a la descripción de su posicionamiento por diferentes sectores, va a ser notorio el poco trabajo investigativo sobre la TCI llevado a cabo en Colombia, a pesar de contar con algunos intentos por implementarla.

Posteriormente se pasará a la justificación de este trabajo, abordando la necesidad mundial del diseño e implementación de estrategias comunitarias para llegar a una mirada de la salud pensada para la comunidad. Para esto es necesario un trabajo integral con las múltiples poblaciones, más que todo en el contexto colombiano, marcado por una larga historia de violencia que ha dejado millones de víctimas que necesitan ser escuchadas y atendidas. Estas condiciones permiten pensar el gran valor de la TCI, al punto que diferentes disciplinas y campos de saber, como la enfermería, la psicología y la salud pública, se podrían nutrir de estos conocimientos, dado que posibilitaría el acceso a estrategias para promover la salud mental de las personas más vulnerables. Este punto va a dejar ver las similitudes en Latinoamérica, sin desestimar las diferencias, pero cómo, conociendo los diversos contextos de la implementación de la TCI, pueden observarse los aportes que puede brindar.

A partir de ahí, se describe el trabajo investigativo, teniendo en cuenta los enfoques y estrategias utilizados. Todo lo anterior permite plantear las categorías emergentes que guiaron los hallazgos y su discusión con trabajos anteriores. A pesar de tener limitaciones investigativas y algunas recomendaciones para futuras producciones, fueron dadas unas conclusiones importantes respecto a la importancia y pertinencia de la TCI en el contexto actual. A continuación, se describe el estado actual de los trabajos investigativos sobre Terapia Comunitaria Integrativa en Latinoamérica.

1 Planteamiento del problema

La Terapia Comunitaria Integrativa (TCI) lleva más de 30 años ofreciendo ruedas de conversación dentro de contextos educativos, clínicos, organizacionales, entre otros. Allí se genera un diálogo alrededor de las situaciones que causan sufrimiento en el día a día de las personas para encontrar maneras de hacerles frente. Surgió en Brasil en el año 1987 en la favela de Pirambu, Fortaleza, ciudad ubicada en el estado de Ceará. Su coordinador y creador es el psiquiatra Adalberto de Paula Barreto, y para la consolidación de esta práctica contó con el apoyo de la Asociación de los Derechos Humanos de Pirambu y el Departamento de Salud Comunitaria de la Facultad de Salud y de Medicina de la Universidad Federal de Ceará (Odorico et al., 2008). Gracias al trabajo de Barreto con esta comunidad, se pudo observar que las personas buscaban en los medicamentos la cura de sus problemas, y no había una intervención en el contexto socio-político-económico, por tal motivo, esperaban que la solución viniera de afuera, generando una relación de asistencialismo y dependencia. A partir de esto crea la TCI, que tiene como base el presupuesto de que cualquiera posee recursos y saberes útiles para los otros (Barreto et al., 2011).

En Brasil, las favelas son ocupaciones irregulares de terrenos públicos o privados. Las condiciones de las familias que habitan allí suelen ser precarias, tanto en ámbitos habitacionales, como sanitarios y socioeconómicos. Para el año 2019, Fortaleza, una ciudad con aproximadamente 2.686.612 habitantes, poseía un 23,56% de domicilios bajo esas circunstancias, un poco más de 275.000 viviendas (Barros, 2020). En el caso específico de Pirambu, para el 2011 era el séptimo mayor aglomerado irregular del país, con 42.878 habitantes, enfrentándose a la falta de acueducto, ausencia de red eléctrica, junto con otros problemas como el descuido en la recolecta de las basuras y la suciedad de las aguas residuales (Dutra, 2011). Bajo este panorama comenzó el proyecto 4 Varas.

En un inicio el abogado Ayrton Barreto brindaba asesoría para dar a conocer los derechos a los habitantes de las favelas; al ver que no era suficiente este tipo de ayuda, dado que había gran sufrimiento mental y físico en la comunidad, recurrió a su hermano, Adalberto, y juntos crearon esa iniciativa que buscaba generar un espacio para escuchar y hablar con los implicados. De esta manera, se fue consolidando la Terapia Comunitaria Integrativa. En 1992 la Pastoral da Criança, organismo de Acción Social de la Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil (CNBB), con la alianza de la Universidad Federal de Ceará, realizaron la capacitación de 3.500 agentes de la

Pastoral, dado que vieron en la herramienta una oportunidad para reducir el estrés de las familias. Esto posibilitó abrir otras puertas y de esa manera constituir los primeros polos formadores de TCI. Diferentes movimientos, que integraban esta técnica fueron surgiendo, como el Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Distrito Federal, en Brasilia, y el Movimento de Saúde Comunitária do Bom Jardim, situado en Fortaleza (Barreto et al., 2011).

Actualmente, ABRATECOM (Associação Brasileira de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa) es el ente encargado de formar y regular los terapeutas en esta modalidad. Brasil posee 47 polos formadores en cinco regiones, con alrededor de 30.500 terapeutas comunitarios, participando en escenarios educativos, de salud mental, de asistencia social, etc. Gracias a este desarrollo, la terapia ha venido ganando relevancia en diferentes políticas de Brasil; ha sido implementada en el Sistema Único de Salud (SUS) y en la Estrategia de la Salud de la Familia. En el primer caso, se busca una asistencia pública de la salud en Brasil; desde la implementación del SUS hubo la posibilidad de un acceso a la salud gratuito para toda la población, descentralizó el sistema de salud, fortaleció la atención básica, la prevención, la promoción y la investigación en este sector; implicando un aumento del número de trabajadores de la salud y una mayor participación del control social, por medio de los Consejos de Salud Municipales y Estatales. Sus principios de organización son: accesibilidad, resolución, jerarquización, descentralización y control social (Conselho Nacional de Saúde, s.f.).

En este mismo orden de ideas, en el 2006 fue aprobada la Política Nacional de Práctica Integrativas y Complementarias, esta apoya, difunde, incorpora e implementa diferentes prácticas que ya estaban siendo desarrolladas en la red pública. Su creación permitió ampliar la oferta de acciones del SUS, y desde el 2014 el Ministerio de Salud de Brasil incluye la TCI dentro de esta política puesto que brinda un servicio en el nivel primario de salud, promoviendo el bienestar, sin enfocarse en la intervención de patologías específicas. Por otra parte, la Estrategia de la Salud de la Familia (ESF), es un modelo de atención primaria en salud enfocado en la unidad familiar y construido por la comunidad. El equipo de la ESF está capacitado para la prestación de un servicio integral y primario de la salud, normalmente conformado por un médico general, un enfermero, un asistente de enfermería, cuatro agentes comunitarios y un odontólogo, los cuales cubren alrededor de 800 familias. Gracias a un convenio en el 2008 con el Ministerio de Salud, la Universidad Federal de Ceará, la Fundación Cearense de investigación y cultura y algunos municipios involucrados, fueron capacitados en TCI 1.075 integrantes de la ESF y de la red SUS.

Adicionalmente, la Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), realizó el proyecto piloto Formação de Lideranças Indígenas em Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa e Ações Complementares Indígenas, el cual buscaba, por medio de la creación de espacios colectivos e individuales de cuidado, y del rescate cultural de comunidades indígenas, la prevención del abuso de alcohol y otras sustancias que interfieren en la conservación de rituales, valores, creencias y hábitos de comunidades tradicionales (Barreto et al., 2011). En el ámbito internacional, la TCI actúa en 24 países (ABRATECOM, s.f.). En Europa, está presente en Francia, Suiza, Alemania, Dinamarca e Italia, y es representada por la asociación Europea de Terapia Comunitaria Integrativa (RETCI, s.f.). En África, fue implementada en Mozambique, con una colaboración entre el Ministerio de Salud Brasileiro, el Ministerio de Salud de Angola y el Movimiento Integrado de Salud Mental Comunitario del Distrito Federal (MISMEC- DF) (Pedroza, 2012).

Ha tenido una importante repercusión en diferentes países de América Latina, siendo congruente con las similitudes en algunas condiciones socioeconómicas respecto a la sociedad brasilera. En el caso de Chile, en el año 2016 el Ministerio de Salud en la Municipalidad de Recoleta, implementó un proyecto piloto para incidir en la salud comunitaria de escolares a través de la instalación de Círculos Comunitarios permanentes. Gracias a esto, en el 2018 se llegó a 3.411 participantes, con 232 círculos (Municipalidad de Recoleta, s.f.). En el año 2019, los Círculos Comunitarios fueron incluidos dentro del Registro Estadístico Mensual, REM, un documento que se constituye a partir de la sistematización de los resúmenes estadísticos que cada establecimiento de salud envía al Ministerio de Salud mensualmente, para el monitoreo de programas y convenios del sector, así como el cumplimiento de metas planteadas (Chile. Ministerio de Salud, 2019). Esta práctica aparece en el apartado de Medicinas Complementarias, bajo la clasificación de terapias o prácticas de bienestar grupales y comunitarias.

En el caso de Ecuador, la institución Muyumpa es uno de los centros pioneros para la formación en Terapia Comunitaria Integrativa; está constituida por profesionales ecuatorianos y brasileros, formados en esta herramienta. Además, se han venido adelantando procesos como en la Universidad Estatal Amazónica, donde a partir del I Encuentro de Terapeutas Comunitarios, miembros de la comunidad fueron formados en esta herramienta, y posibilitó su integración en el contexto universitario (Relaciones Públicas UEA, 2018). Por otro lado, también está siendo desarrollada en Argentina, Venezuela, Paraguay, Uruguay y, en los últimos años, en Colombia. A

pesar de que todavía existen pocas experiencias, en Armenia, Quindío, un grupo de trabajadores interdisciplinarios formados en Terapia Comunitaria vienen facilitando este tipo de encuentros (Ramírez & Sánchez, s.f.); uno de ellos tuvo lugar en el año 2020, a partir de cuatro sesiones virtuales, una por semana, con los estudiantes de Trabajo Social de la Universidad del Quindío, quienes pudieron expresar sus angustias respecto a la contingencia por el COVID 19.

1.1 Antecedentes

A partir de su desarrollo exitoso, se han producido diferentes estudios en torno al tema, pudiendo encontrarse entre sus tendencias la evaluación de los resultados de la experiencia de la Terapia Comunitaria Integrativa en una comunidad específica en un período determinado. Por otro lado, es notoria una segunda tendencia hacia la correlación de diversas implementaciones de la terapia. Dentro de estas dos tendencias son predominantes algunos elementos que permiten realizar un primer acercamiento a distinciones en los trabajos sobre el tema, entre los cuales se encuentran las técnicas de recolección de información, los objetivos, los contextos y las orientaciones teóricas para analizar la TCI. Comenzando por las técnicas para la recolección de información, es posible apreciar que una de las mayores inclinaciones es el uso de entrevistas, tanto abiertas, como semiestructuradas, bajo el método de la Historia Oral Temática (Alves et al., 2013; Guerra, 2014; Meira, 2018; Nogueira, 2012). Desde una perspectiva inclinada hacia una metodología con un enfoque documental, la preferencia es visible en la utilización de la revisión de registros de datos y fichas de valoración que eran empleadas en las ruedas de TCI (Ferreira et al., 2012; Fuentes, 2011; Nogueira et al., 2012). Otras herramientas también fueron implementadas como el diario de campo, el uso de grabaciones, cuestionarios, diferentes softwares, la asociación libre, la observación participante y la historia de vida (Cavalcanti et al., 2013; Nascimento & Souto, 2019; Richard, 2020).

Otro elemento notable es el objetivo de cada investigación, recordando que este guiará la elección de una u otra técnica, es posible apreciar una mayor predominancia en la indagación por los beneficios obtenidos por parte de los usuarios que hacían parte de las ruedas (Giffoni, 2008; Moraes, et al., 2017); sin embargo, otros enfoques dirigen su mirada hacia los usos, tanto personales como laborales, por parte de los terapeutas (Ferreira et al., 2009; Leite et al., 2011), así como en la identificación de las características de estos, las estrategias utilizadas para enfrentar las diferentes

problemáticas que son presentadas durante las ruedas de conversación y los problemas que son mencionados (Guimarães et al., 2020; Lemes et al., 2017). Al mismo tiempo, en los escritos que poseen una perspectiva de corte teórico hay otras ópticas como el análisis conceptual, las contribuciones de la TCI al sistema de salud y la distinción de los recursos culturales utilizados por las comunidades (Lazarte, 2012; Oliveira & Meneses, 2016)

El contexto y la población donde ha sido investigada la TCI, son otros elementos que resaltan, entre los que se encuentran: comunidades de ancianos (Guimarães & Ferreira, 2009), mujeres (Meira, 2018), gestantes (Rolim et al., 2007), personas con trastornos mentales (Silva et al., 2017), usuarios de SUS (Ferraz et al., 2020), usuarios de CAPS (Centro de atención psicosocial, en Brasil) (Pinheiro et al., 2013), comunidades africanas (Moraes et al., 2017), estudiantes (Gutiérrez et al., 2017), docentes (Castro et al., 2016), usuarios de sustancias psicoactivas (Lemes et al., 2019), usuarios con historial de abuso de alcohol (Ferreira et al., 2012) y los mismos terapeuta (Tavares & Ferreira, 2011). A la par, hay referencias hacia documentos teóricos e investigativos (Tavares et al., 2016). Por último, se encuentran las orientaciones teóricas como la teoría de las representaciones sociales o la pirámide de las necesidades de Maslow; y los abordajes metodológicos, como el análisis de contenido categorial temático, la etnografía y la correlación de experiencias; todo lo cual implica múltiples miradas a la hora de analizar la información y explicar los fenómenos de interés

Aparte de estos elementos, otra cuestión a resaltar dentro de lo encontrado es la focalización predominante en Brasil por parte de los estudios sobre TCI. A pesar de que hay algunos artículos originarios de otros países, como Chile o Ecuador, es necesario ampliar el panorama para acercarse a las relaciones entre estas diferentes experiencias. A la vez, podría resultar de gran utilidad una mayor indagación por el trabajo desde la TCI con poblaciones como los niños y los jóvenes. Por otro lado, no se evidenciaron publicaciones que examinaran los efectos a largo plazo en sus participantes; la gran parte de los estudios estaban enfocados en un periodo de tiempo limitado. En lo que tiene que ver con Colombia, hasta el momento solo existe una revisión conceptual del tema, realizada en la Universidad Luis Amigó (Roll et al., 2017). Como fue mencionado anteriormente, este es un tema aún por explorar en el país y en el continente, por lo cual, es pertinente comenzar con un análisis del estado actual del uso de la Terapia Comunitaria Integrativa en Latinoamérica.

1.2 Problema de investigación

A pesar de que la terapia surgió en un barrio de Brasil, bajo unas condiciones particulares, este país comparte similitudes con toda Latinoamérica. Los barrios conocidos como favelas son una muestra de los aglomerados irregulares donde habitan una gran cantidad de personas en todo el continente. Según un informe de la ONU, en el 2018, 114 millones de personas, es decir, casi el 21% de la población latinoamericana, vivía en asentamientos populares (Dannemann, 2021). Esta es una clara evidencia de la desigualdad social que es vivida, dado que, normalmente, en esos lugares las personas se enfrentan a una gran escasez de recursos básicos, además de vivir la inseguridad, no solo de una vivienda construida inapropiadamente, sino la exposición constante a problemáticas de orden social, como el narcotráfico, fenómeno que gobierna este tipo de asentamientos (Zúñiga, 2021). La desigualdad no solo es experimentada en temas de vivienda, además están la inequidad en el acceso a la educación, privilegios laborales y temas de salud. Dentro de las características centrales en los sistemas de salud de los países de Latinoamérica son evidentes asuntos como la fragmentación de la protección social en la salud, la poca participación del sector público para su financiación, la privatización del sistema y la descoordinación de las redes asistenciales (Giovanella et al., 2020).

Algunos países han intentado salir de este modelo con nuevas estrategias de salud pública y comunitaria, como ha sido el caso de Brasil, con la implementación del SUS, la ESF y la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias; dentro de estas, el desarrollo de la TCI ha permitido un espacio de inclusión para una atención de la salud mental con las comunidades que viven bajo las situaciones desfavorables descritas, donde a través del diálogo son revelados mecanismos para superar el sufrimiento. Por ejemplo, en un convenio con el proyecto 4 Varas y la Secretaría Nacional Antidrogas de Brasil, se encontró en el análisis de 12.000 cuestionarios, que el 88,5% de los problemas que fueron presentados en las ruedas de conversación hallaron una solución en la propia Terapia Comunitaria y solo el 11, 5% necesitaban ser llevados a una red oficial de atención médica. Al ser una terapia de bajo costo, con estrategias accesibles y, en algunos casos, generadora de empleo (Giffoni, 2008); podría llegar a ser de gran relevancia en el contexto colombiano, siendo factible su implementación en diferentes sectores que son excluidos de servicios públicos en salud mental.

Teniendo en cuenta las condiciones temporales y espaciales presentes para este estudio, junto con la consideración de que la gran parte de la producción académica ha estado enfocada en Brasil, y en Colombia su producción ha sido prácticamente nula, realizar un estudio documental, donde sean evidentes las contribuciones más importantes de la TCI, las miradas que la han abordado, y las posibilidades de su uso, permitiría abrir un panorama teórico y práctico para su abordaje en el país. Por lo anterior la pregunta que se pretendió responder en la presente investigación fue: ¿Cuál es el estado del arte de la investigación sobre la Terapia Comunitaria Integrativa en Latinoamérica?

2 Justificación

La pertinencia de la TCI está justificada bajo el marco de la reunión de expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizada en el 2017. Allí fue dialogado el panorama actual de la salud comunitaria, y diferentes panelistas manifestaron que ante los nuevos retos que se están formando en el siglo XXI y la evolución de la población, está la clara necesidad de una mirada de la salud tanto en la persona, como en la comunidad. Para esto es necesario entender que el papel de la comunidad es múltiple: como beneficiaria, recurso, agente de cambio, o un centro de poder político. La comunidad debería dejar de ser vista como un agente pasivo; en cambio, ella mantiene el conocimiento sobre sus necesidades y soluciones locales, por esto es importante convertirla en un agente activo en la generación e implementación de las políticas (Mitchell, 2017).

La TCI permite acercarse a las proposiciones anteriores dadas sus bases conceptuales y técnicas; busca que las comunidades tengan una voz para dialogar sobre las necesidades que enfrentan. La TCI reconoce que cada población posee un conocimiento experiencial sobre sus dificultades, procurando que entre las personas que la conforman surjan diferentes herramientas para afrontar las problemáticas que las aquejan. Gracias a esto, múltiples profesionales ya se han visto atraídos por este método; sin embargo, tiene gran potencial para seguir siendo estudiado, y es necesario ampliar más la mirada, para saber qué otros beneficios y posibles desventajas han sido encontradas en los estudios realizados hasta el momento. En la misma reunión de la OPS mencionada anteriormente, la Dra. Gina Watson puso en discusión el tema del “Papel de Salud Comunitaria en la Colombia Post-Conflicto”, siendo vital un trabajo integral con las comunidades para el proceso de paz. Algunos ejemplos de procesos de empoderamiento comunitario que otros panelistas de Colombia presentaron dejaron ver la urgencia de un fortalecimiento de las organizaciones de base para el alivio de diversos conflictos (Mitchell, 2017).

Estas condiciones evidencian el gran valor de la TCI, al punto que diferentes disciplinas se podrían nutrir de estos conocimientos, como la enfermería, la salud pública y la psicología, dado que posibilitaría gestionar un acceso a la salud mental para las personas más vulnerables, sobre todo bajo el panorama colombiano anteriormente expuesto. No obstante, debido a los pocos trabajos realizados en el país, es pertinente una exploración inicial sobre el tema, que permita organizar la información para tener un panorama del estado actual de la TCI, y es aún más importante hacerlo en toda Latinoamérica, para conocer los diversos contextos de su

implementación, las diferencias de un país a otro y los aportes que ha podido brindar. En este orden ideas, la investigación permitirá abrir un horizonte para futuras indagaciones sobre el tema y su implementación en múltiples poblaciones, de forma que la TCI podría ser una opción para brindar un acompañamiento a comunidades excluidas, por ejemplo, víctimas del conflicto armado, excombatientes, campesinos de áreas rurales alejadas, entre otros.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Describir el estado del arte de la investigación sobre la Terapia Comunitaria Integrativa dentro del contexto latinoamericano.

3.2 Objetivos específicos

- Reconocer los enfoques teóricos que han sido utilizados hasta el momento para los estudios latinoamericanos sobre la Terapia Comunitaria Integrativa.
- Identificar la población objeto de estudio de las diferentes investigaciones en Latinoamérica sobre Terapia Comunitaria Integrativa.
- Distinguir las técnicas de recolección de información usadas en el abordaje de la Terapia Comunitaria Integrativa en las publicaciones latinoamericanas.
- Determinar las metodologías implementadas en los estudios previos de Terapia Comunitaria Integrativa en Latinoamérica.

4 Referente teórico

El modelo de la Terapia Comunitaria Integrativa está planteado bajo cinco bases teóricas: el pensamiento sistémico, la teoría de la comunicación, la antropología social y cultural, la pedagogía de Paulo Freire, y la teoría de la resiliencia (Salcedo et al., 2020). Cada una de estas aporta a la construcción de la TCI y permite guiar su abordaje. A continuación, serán descritas de manera breve sus principales características y de qué manera se reflejan en la TCI:

Pensamiento sistémico. Dentro de sus mayores exponentes se encuentra Fritjof Capra, físico austriaco, escritor del libro *La trama de la vida*, donde explica la evolución del pensamiento sistémico y cómo ha sido instaurado en una nueva visión del mundo. Allí deja claro que este paradigma surge posteriormente, y en contraposición, al pensamiento mecanicista cartesiano, el cual centraba sus explicaciones en las partes y excluía las experiencias. La visión sistemática, en cambio, intenta entender la relación de las partes como un todo integrado; de esta manera trata de superar una explicación simplista de la vida, y pasar a una que aboga por la complejidad de los organismos como seres interconectados que se encuadran dentro de un contexto (Capra, 1996).

Este tipo de pensamiento tiene su origen en las comunidades más antiguas, sin embargo, ha sido recuperado por diferentes teorías a lo largo de la historia. La Terapia Comunitaria Integrativa va a ser una de ellas, retoma estos planteamientos considerando los actos de las personas, junto con sus vidas, valores, actitudes y formas de actuar como una parte del contexto que da sentido al comportamiento de cada una de ellas, o a la persona misma. Desde esta visión, la solución de los problemas estará dada por el entendimiento de la integración de las partes en una red compleja que incluye a las personas en un todo. Por tanto, uno de los objetivos de la TCI es que cada persona sea su propio terapeuta, puesto que el empoderamiento de las personas es fundamental para la recuperación de la autonomía, dejando de lado el fatalismo objetivista, y poniendo de centro el deseo de los seres humanos para generar una humanidad más feliz y plena (Ferreira et al., 2013).

Teoría de la comunicación. Con esta base teórica se va a dar cabida a la premisa “todo es comunicación”, a partir de ella cualquier acto va a ser entendido como una acción comunicativa (Barreto et al., 2011). Esto quiere decir que el comportamiento de cada ser individual está transmitiendo un mensaje, sin embargo, su interpretación puede variar de acuerdo con el contexto. En la TCI se aprende a ser más interrogativo y comprensivo, tratando de entender la definición de sí que hay detrás de cada comunicación. De igual manera, cada acto comunicativo puede generar

un efecto en la noción de las personas, pueden ser afirmadas, rechazadas o denegadas, y estas opciones tienen un efecto directo en su autoestima, en el sentido de vida y en la manera de comportarse (Ferreira et al., 2013).

La TCI considera que el empoderamiento de las comunidades está en la decodificación y recodificación de los mensajes emitidos y recibidos, por lo cual, privilegia una comunicación centrada en el presente, aunque reconoce el pasado como un insumo importante para nutrir las acciones actuales; reprograma el comportamiento para una visión dirigida hacia el presente permitiendo soltar los obstáculos y aprendiendo a derribar las trampas de la comunicación paradójica o los mensajes equívocos que son transmitidos. Esto lo logra por medio de una interpretación sistémica e integrativa, con base en los valores, la cultura y el autoconocimiento (Ferreira et al., 2013).

La antropología cultural y social. Esta teoría trae una visión del universo cultural del ser humano. La cultura es considerada como las marcas que surgen a partir de los aprendizajes que son recibidos; por consiguiente, la identidad de un individuo es socialmente construida. Bajo esta premisa la cultura se concibe como el esbozo de la identidad y la diferencia es vista como un derecho de todo ser humano (Ferreira et al., 2013). La cultura permite el reconocimiento de la diversidad y la riqueza de un pueblo, al mismo tiempo que pone en consideración la posibilidad de tener múltiples culturas en una comunidad. En la TCI sucede esto gracias al encuentro de personas con diversos orígenes. Con los supuestos anteriores, en las ruedas de conversación se promueve la aceptación del otro y el respeto por sus valores individuales, por lo cual, la cultura es vista como un recurso que permite multiplicar los potenciales y resolver problemas (Fátima et al., 2014). Al mismo tiempo, es fomentado el reencuentro con las raíces, la identidad y el origen (Barreto et al., 2011). De esta manera, la TCI va a incitar el autorreconocimiento, descubriendo la falsa autoimagen creada y recobrando el autoconcepto originario (Ferreira et al., 2013).

La pedagogía de Paulo Freire. Para Freire, el sujeto es un ser histórico-cultural; la historia de vida será considerada como una fuente de saber, dado que el conocimiento no está separado del contexto de vida, por este motivo es necesaria la asociación entre la teoría y la realidad para el aprendizaje, para esto es necesario que haya un espacio para la expresión de los problemas vivenciados (Barreto, 2012). En la TCI cada opinión es importante; así, cuando alguien habla, todos escuchan, hay un respeto y una igualdad de importancia entre todos, dado que como el pensamiento de Freire lo concibe, el diálogo es una de las herramientas principales para educar, pero también lo

es el aprecio, el cariño e identificación con lo que se hace (Fátima et al., 2014). Al igual que en la teoría anterior, aquí será importante la consideración de la diversidad, estar abiertos a ella y concebirse como un ser humano completo, para facilitar el ejercicio de la indagación y encontrar nuevas soluciones (Barreto, 2012).

La teoría de la resiliencia. La resiliencia se entiende como la capacidad de un sujeto de vencer los impedimentos de la vida gracias a su propia historia, generando nuevas habilidades para afrontar problemáticas. Las personas que poseen esta capacidad valoran los gestos de ayuda que han recibido y recibirán a lo largo de su vida. La experiencia de una persona de haber pasado por adversidades transforma las carencias en competencias, recuperando su autoestima, aprendiendo que es alguien de valor, dueño de un saber y de un poder que no le debe a nadie, más que a él mismo (Ferreira et al., 2013). La TCI es pensada como un espacio de promoción de la resiliencia. La superación de carencias es concebida como una manera de producir nuevo conocimiento y posibilita la reparación de otros sufrimientos que son compartidos en las ruedas. Cada participante es considerado un especialista en la superación de obstáculos; por tal motivo, una de las ideas fundamentales es la complementariedad del conocimiento técnico-científico, aprendido en las escuelas, con el saber experiencial adquirido en el día a día. La intención de la TCI es identificar las fortalezas de la población objetivo para movilizar y potencializar estos recursos, poder encontrar soluciones propias y superar las dificultades impuestas por el medio y la sociedad en la que se ve inmersa (Barreto, 2012).

Las bases teóricas anteriormente expuestas son orientadoras de la filosofía que es propuesta en la TCI. Ferreira et al. (2015) describen la terapia como un espacio de acompañamiento donde hay un encuentro con las personas y, por medio de la formación de una rueda, los problemas o situaciones difíciles son compartidos, al mismo tiempo que se expresan alegrías, celebran victorias e historias de superación. La directora de la corporación Escuchar de Chile, pone en consideración que una de las consignas bajo la cual la terapia es difundida es *cuando la boca calla, el cuerpo habla, cuando la boca habla, el cuerpo tiende a sanar*, por tanto, una de las ideas fundamentales es escuchar aquellos malestares del día a día de las personas, que se suelen callar y causan otro tipo de enfermedades (Godoy, 2020).

Partiendo del anterior apartado, hay un despliegue de objetivos que serán buscados en la terapia, comenzando por aceptar e incidir en el sufrimiento cotidiano generado por situaciones estresantes y, si es necesario, remitir a profesionales más especializados; en segundo lugar, está la

creación de espacios para compartir esos sufrimientos, asimilando la ansiedad paralizante que trae riesgos para la salud de las poblaciones. Paralelamente se busca prevenir y promover la salud en espacios colectivos, y no combatir patologías individualmente, optando por enfrentar los problemas desde una actitud positiva; por añadidura, la TCI pretende apreciar y reforzar el papel del individuo, la familia y la red de relaciones para que descubran sus valores y potencialidades, volviéndose más autónomos y menos dependientes; al igual que procura favorecer el desarrollo comunitario, previniendo y combatiendo las situaciones de exclusión de los individuos y de las familias, por medio de la restauración y fortalecimiento de los vínculos sociales y afectivos. Por último, intenta generar la posibilidad de la comunicación entre las diferentes formas de “saber popular”, “saber individual” y “saber político” (Barreto et al., 2011).

A partir de este esbozo teórico, la TCI ha configurado una estructura para desarrollar las sesiones. Allí, un facilitador, entrenado en TCI, dirige las sesiones desde una posición de horizontalidad del saber. Esta persona permite poner unas reglas básicas y guía los momentos claves para las ruedas de conversación. Según el documento de trabajo para la coordinación de los “Encuentros Comunitarios” del Ministerio de Salud de Argentina (2013), los pasos principales para el desenvolvimiento serían los siguientes:

1. Acogida - Bienvenida: este es el primer contacto con el grupo donde hay un saludo general, presentación de las personas, explicación de la TCI, y realización de algunos ejercicios de integración.
2. Elección (desarrollo) del tema: las personas que desean proponen algunas temáticas que les estén causando malestar, al momento de hacerlo hacen un breve relato de su experiencia, para que posteriormente, todo el grupo vote por el tema a tratar. Se hace énfasis en que cada individuo escoge el tema donde identificó el propio sufrimiento.
3. Restituir / re-construir: este momento hace parte del segundo paso. Cuando las personas proponen las temáticas, el coordinador debe estar atento para clarificarlas y poderlas poner en palabras concisas para que el resto de las personas que están haciendo parte del encuentro puedan identificarse de una manera más fácil con ellas.
4. Contextualizar: al escoger el tema, la persona que lo propuso originalmente presenta mayores elementos y el resto de los participantes realizan preguntas alrededor de este.
5. Problematicación - Compartir experiencias: el resto de las personas comparten experiencias similares y se realizan preguntas problematizadoras.

6. Cerrar - ritual de agradecimiento: el coordinador concretiza las experiencias compartidas por medio de una retroalimentación y resalta aquello que facilitará el cambio.

Luego del cierre, existe otro momento que consiste en generar una apreciación de la terapia; en algunas ocasiones se realiza solo con los terapeutas encargados, o en otras los participantes son invitados a dar sus opiniones. La evaluación es a partir de un guion de apoyo, también creado por Barreto. Lo que se busca aquí es “reflexionar sobre el desempeño de la rueda, señalar fortalezas y críticas constructivas para el aprendizaje” (Gamarra & Soares, 2020). Este registro contiene: nombre de los participantes, grupo de edad, si se trajo un tema al círculo y cuál, participante votó el día, tema tratado, recursos de superación y testimonios. Estos puntos permiten darle a la TCI una estructura propia configurada bajo sus bases teóricas para poder alcanzar los objetivos. Los elementos que la organizan le dan una identidad única que propicia un impacto real en las comunidades, como fue evidenciado en apartados anteriores. Como se hizo notar, sus características son resultado del contexto de su creación, pero le han permitido extenderse a otros lugares para compartir estos pensamientos y conseguir repercusiones en ellos.

5 Metodología

5.1 Enfoque

El enfoque de la investigación fue cualitativo en la medida que este permite una inmersión en el contexto a investigar, que en este caso era el interrogante por el estado actual de la investigación sobre la Terapia Comunitaria Integrativa en Latinoamérica, el cual, durante la obtención de los datos, estuvo abierto a nuevas preguntas e hipótesis que permitieron un proceso de retroalimentación para perfeccionar la indagación y generar un análisis más profundo. Al mismo tiempo, a medida que la nueva información fue surgiendo, se establecieron nuevas categorías de exploración, conservando la estructura dinámica característica del enfoque cualitativo.

Adicionalmente, el estudio tuvo este tipo de orientación considerando que implica una mirada holística sobre la realidad indagada, involucrando una integración de diferentes fuentes documentales. Entonces, es posible decir que una perspectiva cuantitativa no hubiera tenido cabida, dado que no hubo un interés de manipulación sobre algún contexto concreto, tampoco una inclinación por medir la información correspondiente a los datos que fueron recolectados. Por el contrario, se aproximó a una mirada interpretativa, en la medida que la información que surgía de las fuentes documentales consultadas era analizada de una manera compleja y a profundidad, para ello se trató de dar descripciones detalladas por medio de diferentes instrumentos de observación y evaluación (Henández et al., 2014).

5.2 Método

La investigación documental, o bibliográfica, es aquella en la que se obtiene, selecciona, organiza, interpreta, compila y analiza información acerca de una cuestión que es objeto de estudio a partir de fuentes documentales. Estas fuentes pueden ser de todo tipo, como libros, hemerografías, registros audiovisuales, recortes de periódicos, entre otros (García et al., 1999). Se trata de un método muy usado en ciencias sociales, sin embargo, todo tipo de investigación tiene presente la indagación documental, en la medida que es solo a partir del rastreo de documentos previos que se conocen los antecedentes del problema o el estado de la cuestión por analizar. Entre las características más importantes de la investigación documental, es posible mencionar las siguientes:

- Es común a todo tipo de investigación con fundamentación teórica o referencial, sea en ciencias naturales o ciencias sociales.
- Obtiene datos a partir de la revisión de documentos de diferentes fuentes.
- Organiza los datos recolectados de manera coherente.
- Permite redescubrir o reinterpretar diferentes aspectos de una materia.
- Ayuda a identificar vacíos, omisiones o tergiversaciones en las fuentes de referencia anteriores.
- Sugiere nuevas perspectivas y/o teorías de análisis a partir de la información obtenida.
- Requiere capacidad de síntesis, deducción y análisis.
- Brinda solidez a las conclusiones del investigador.

5.3 Estrategia

Dentro de las investigaciones de naturaleza documental es posible encontrar diversas estrategias, como la revisión sistemática, la revisión narrativa o el estado del arte. Esta última busca indagar por el estado actual de un problema, generando una descripción e interpretación a partir del material encontrado, para llegar a una construcción teórica global (Hoyos, 2000). Es el estado del arte la estrategia que delimitó la aplicación de la investigación documental en el presente estudio. Esta estrategia posibilitó una revisión minuciosa sobre la bibliografía actual, llegando a una recolección adecuada de los trabajos relevantes para el objetivo de la investigación, y un reconocimiento de la información acumulada hasta el momento. Esto conllevó alcanzar un análisis y descripción de lo encontrado, siendo fundamental haber obtenido una construcción que permitió dar un sentido a los datos recopilados. Es necesario precisar que el estado del arte puede tener tres tendencias distintivas: recuperar para describir, para comprender, y para trascender reflexivamente (Gómez et al., 2015).

De igual manera, posee diferentes finalidades; según lo identifican Gómez et al. (2015), estas se pueden organizar en cuatro niveles: “nivel 1: reconocer y obtener conocimiento; nivel 2: construir un saber o aportar a la episteme; nivel 3: comprender un fenómeno; y nivel 4: crear un marco conceptual o un balance documental” (p. 432). La idea de la presente investigación fue organizar la información que contenían los estudios realizados hasta el momento sobre la Terapia Comunitaria Integrativa; no se pretendió construir un nuevo marco conceptual, ni se buscaba

trascender reflexivamente sobre sus nociones originales, por lo que fue posible delimitar el estudio a la modalidad de recuperación para describir y al primer nivel de sus alcances, donde hubo una dirección a reconocer el conocimiento actual construido en Latinoamérica sobre la TCI.

5. 4 Selección de la muestra documental: criterios de inclusión y exclusión del material

El material documental objeto de análisis para este proyecto incluyó todas las investigaciones sobre la Terapia Comunitaria Integrativa, realizadas desde el 2008 hasta el 2020, alojadas en bases de datos, o que hubieran sido facilitadas por instituciones que tuviesen relación con la temática. Es por ello que contó con publicaciones de tipo:

- Artículos científicos
- Reportes de investigación
- Libros/capítulos de libros indexados
- Tesis de grado

Es necesario tener en cuenta la relativa novedad del tema en el mundo académico y, por tanto, la poca producción sobre este, dando lugar a un criterio de temporalidad amplio para que pudieran ser incluidas el mayor número de fuentes documentales posibles. Las bases de datos indagadas fueron:

- Scielo
- Dialnet
- Google Scholar
- Science Direct
- DOAJ (Directory of Open Access Journals)

Además, se consideraron las páginas web que tuvieran alguna relación con esta temática, dado que podían contener información que no estuviera publicada en una base de datos específica, es decir, fueron buscados los centros que facilitaban la capacitación en Terapia Comunitaria Integrativa para generar un mayor compendio de documentos. Como se ha podido observar en el primer rastreo de antecedentes, la mayor producción ha sido originada en Brasil, por lo cual fueron incluidos todos los artículos en portugués; de igual forma, y considerando que el inglés es el lenguaje principal en las publicaciones académicas, fueron sumados los artículos encontrados en este idioma, adicional a los que estuvieran en español.

El tamaño real del corpus documental se conoció en el desarrollo del proyecto investigativo, durante la realización de los ejercicios de búsquedas correspondientes y el debido filtro sobre los documentos que coincidían con la pregunta problema. Con respecto a la muestra, no fue probabilística, ya que dependía de la toma de decisiones de la investigadora relacionadas con las características de la investigación y sus objetivos (Hernández et al., 2014). Durante el proceso existieron unas unidades de análisis iniciales; sin embargo, según el recorrido de la misma investigación, fueron nutridas con unidades adicionales. Contemplando las características de los textos, fue necesario tener en cuenta unos criterios durante la búsqueda inicial, los cuales fueron:

- Excluir documentos que no emplearan la Terapia Comunitaria dentro de sus palabras claves, título o resumen
- Incluir documentos que se repitieran en diversas bases de datos
- Excluir documentos que contuvieran la palabra clave, pero esta no estuviera referida a la terapia contemplada en el marco conceptual.
- Incluir documentos que, a pesar de que la TCI no estuviera dentro de sus palabras claves, tenían cabida dentro de los objetivos iniciales.
- Incluir documentos que fueran de libre acceso.
- Lo anterior permitió eliminar repeticiones, descartar investigaciones que no fueran pertinentes para la pregunta original del estudio y seleccionar aquellos trabajos que permitieran generar una exploración en la temática tratada.

5.5 Técnicas de recolección de información

Las técnicas de búsqueda más usadas en la investigación documental son la revisión documental y la revisión de archivos. La revisión documental se usa para rastrear, ubicar, inventariar, seleccionar y consultar las fuentes y los documentos que se van a usar como materia prima de una investigación (Galeano, 2004). Para este trabajo se realizó una revisión de publicaciones investigativas digitales por medio de la búsqueda en bases de datos y las otras fuentes ya mencionadas. Se usaron bases de datos electrónicas, ya que permitían tener acceso a una gran cantidad de fuentes bibliográficas, junto con la información de las páginas web que manejaban esta temática para ampliar el material de revisión. Este método de búsqueda permitió, entre otras cosas (Bramer et al., 2017; Galeano, 2004; García et al., 1999; Hernández et al., 2014):

- Construir y poner en práctica estrategias de búsqueda diseñadas eficazmente de acuerdo con el sistema de recuperación escogido.
- Identificar palabras claves, sinónimos y términos relacionados para la información que se necesitaba.
- Seleccionar un vocabulario controlado, adecuado a la disciplina o al sistema de recuperación de la información.
- Dominar las interfaces de consulta de bases de datos y otros sistemas de información electrónica.
- Dominar la consulta de documentos hipertexto.
- Utilizar los servicios especializados disponibles en la Universidad de Antioquia para recuperar la información necesaria.
- Valorar la cantidad, calidad y relevancia de los resultados para determinar si habría que utilizar sistemas de recuperación de información o métodos de investigación alternativos.
- Filtrar y limitar la cantidad de información.
- Identificar lagunas en la información recuperada

5.6 Plan de recolección de la información

A continuación, serán descritas las etapas de esta investigación, referidas al proceso de acceder a la información que fue empleado para el análisis y la posterior construcción de un producto investigativo.

5.6.1 Búsqueda.

Con base en la pregunta problema y la metodología, fue necesario partir de una selección de fuentes de información. Inicialmente fue realizada una búsqueda abierta para generar un primer rastreo de la información. Cuando ya se tuvo un panorama del contenido de la información, los siguientes términos fueron digitalizados en las bases de datos electrónicas: “Terapia Comunitaria Integrativa” OR “Integrative Community Therapy” Se utilizaron las dos nominaciones, junto con los booleanos, para encontrar el mayor número de documentos que contuvieran estos conceptos.

Adicionalmente, se indagó dentro de las páginas que tuvieran un acercamiento a esta terapia para observar si tenían alguna bibliografía que pudiera ser pertinente para esta investigación.

5.6.2 Selección de documentos pertinentes.

Realizado por medio de dos etapas:

- Etapa 1: Identificación. Por medio de la herramienta Mendeley, eran almacenados todos los documentos que contuvieran las palabras clave.
- Etapa 2: Barrido inicial. Se procedió a descartar todos los documentos que estuvieran duplicados, dado que existían algunos que se encontraban en más de una base de datos. Al mismo tiempo, por medio de la lectura del resumen de cada investigación, fueron excluidas aquellas que eran irrelevantes para la pregunta problema o que contenían una similitud en sus términos, pero que no trataban el tema central del estudio.

5.7 Registro de documentos hallados

Cada uno de los textos consultados quedó registrado en la herramienta Mendeley para realizar la gestión de fuentes bibliográficas, facilitar el almacenamiento de la información y posteriormente generar una lista de referencias. Para esto fueron utilizados los subrayados, las anotaciones y las fichas bibliográficas siguiendo la estructura propuesta por Hoyos (2000):

Tabla 1

Ficha bibliográfica

| TEMAS | INDICADORES |
|----------------------------|--|
| 1. Aspectos Formales | Autor Tipo de material |
| 2. Asunto investigado | 2.1. Tema 2.2. Subtema 2.3. Problema |
| 3. Delimitación contextual | 3.1. Espacial 3.2. Temporal 3.3. Sujetos |

| | |
|------------------|--|
| 4. Propósito | Explícito o implícito Objetivos |
| 5. Enfoque | 5.1. Disciplina 5.2. Paradigma conceptual 5.3. Referentes teóricos 5.4. Conceptos principales 5.5. Hipótesis 5.6. Tesis 5.7. Tipo de investigación |
| 6. Metodología | 6.1. M. Cualitativa 6.2. M. Cuantitativa 6.3. M. Mixto 6.4. Técnicas |
| 7. Resultados | Conclusiones Recomendaciones |
| 8. Observaciones | Glosas Comentarios Anexos (referenciarlos) |

Nota. Adaptado de Hoyos (2000).

Para tener claridad sobre lo que fue consignado en cada aspecto, se hará una descripción de algunos indicadores, según lo concibe Hoyos (2000):

- Autor: si se trata de un investigador individual, colectivo o institucional
- Tipo de material: puede ser libro, artículo de revista, capítulo de libro, investigación no publicada, trabajo de grado.
- Tema: materias que dividen el contenido.
- Subtema: aspectos específicos que desarrollan o desglosan los temas.
- Problema: preguntas que precisan lo planteado en la investigación.
- Espacial: territorio del cual da cuenta la investigación
- Temporal: período de tiempo
- Sujetos investigados: categoría de los actores investigados.
- Disciplina: área del saber desde donde se desarrolla el objeto de estudio

- Referentes teóricos: nombre de autores y corrientes de pensamientos en los cuales se apoyan.
- Conceptos principales: soporte teórico de las tesis, explicaciones, problemas, ideas y conclusiones planteadas en la investigación.
- Tesis: proposiciones que sintetizan las generalizaciones sobre el objeto de estudio.
- Tipo de investigación: exploratoria, descriptiva, explicativa.
- Técnicas: herramientas utilizadas en la recolección, registro y sistematización de la información.

Fueron excluidos los indicadores de hipótesis y paradigma conceptual, dado que para los fines de la presente investigación no tenían pertinencia. En cambio, se agregaron los indicadores contribuciones de TCI, dificultades-obstáculos y consideraciones éticas. Las fichas bibliográficas fueron construidas en la herramienta Excel y cada factor correspondía a una columna, en el anexo 1 puede ser observado un ejemplo de esto.

5.8 Plan de análisis de la información

Para generar un procesamiento de la información recolectada con las técnicas antes mencionadas, se tuvo en cuenta la metodología para el análisis del enfoque cualitativo, teniendo presente las características particulares de la investigación documental, por lo cual, la idea del plan era obtener un informe analítico, donde estuviera contenida la clasificación y valoración de la información obtenida, con base en los objetivos planteados al inicio de la investigación. Aquí es pertinente recordar el tema que abordamos, el cual es el estado actual de la investigación en Terapia Comunitaria Integrativa en Latinoamérica. Esto es importante, puesto que el análisis estuvo guiado por este aspecto. Se partió de las fuentes documentales como unidades de análisis encontradas y consignadas en las fichas bibliográficas antes mencionadas; de estos datos consignados fue posible extraer los apartados más importantes para tener una claridad sobre la información suministrada por cada fuente consultada, analizando la unidad temática de cada una a la luz de su contexto, es decir, de la información bibliográfica.

Paralelo a este proceso, inició un procedimiento de integración de los datos, donde se establecían relaciones y diferencias, pudiendo determinar categorías, a partir de los temas

recurrentes. Es necesario tener en cuenta que la TCI funcionó como categoría central en la investigación; sin embargo, fue posible encontrar tendencias que nos indicaran modos de guiar el trabajo inicial de codificación. Se propusieron unas unidades de clasificación primarias que surgieron luego de un primer rastreo de antecedentes, estas guardan una relación estrecha con los objetivos de la investigación:

- Enfoque del estudio.
- Población objeto de estudio (teniendo en cuenta que aquí se incluyeron a los documentos que hicieron parte de aquel material empleado para la recolección de información).
- Técnicas de recolección de información utilizadas.
- Metodología implementada en la investigación.

Cabe aclarar que esta fue una propuesta inicial para facilitar el comienzo de las tareas analíticas. A partir de la necesidad de nuevas descripciones durante el análisis emergieron nuevas categorías y subcategorías que terminaron de ser organizadas en la tabla del anexo 2. En ese momento se pasó de lo que Hernández et al. nombran codificación abierta, es decir, codificar los datos en categorías, al siguiente nivel donde las categorías son comparadas entre sí para buscar conexiones entre ellas (2014). Este aspecto alude a lo que, según Galeano (2004), es la construcción de inferencia teórica. Para ello se dispuso de un método extensivo intertextual, vinculando las categorías resultado de los documentos. Se comenzó con una construcción a partir de la interpretación sistematizada de las afinidades y diferencias, señalando los hallazgos más característicos de cada investigación, qué vacíos hay en los estudios y qué interpretación podría hacerse de estos. Luego, se realizó un mapa mental con los principales conceptos encontrados y sus relaciones. Todo lo anterior condujo a la generación de conclusiones, descubriendo los patrones de las unidades de análisis y sus ejes temáticos, contemplando futuras investigaciones que complementen los vacíos de los estudios analizados, y planteando el estado actual del trabajo investigativo sobre la Terapia Comunitaria Integrativa en Latinoamérica.

6 Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta la naturaleza de la investigación documental, donde el objeto de investigación son los estudios precedentes, este proyecto mantuvo el principio de legalidad, respetando y actuando bajo las debidas normas, por lo cual cumplió con la disposición sobre la protección de la propiedad intelectual contemplada en el artículo 61 de la Constitución Política de Colombia (1991), y obedeció a la Ley 23 de 1982 (Colombia. Congreso de la República, 1982) y a la Decisión Andina 351 de 1993 (Comisión del acuerdo de Cartagena, 1993), regulaciones que amparan los derechos de autor. El artículo 1 de la Ley de 1982 establece que: “Los autores de obras literarias, científicas y artísticas gozarán de protección para sus obras en la forma prescrita por la presente ley y, en cuanto fuere compatible con ella, por el derecho común.”, mientras que las disposiciones de la Decisión Andina tienen la finalidad de “reconocer una adecuada y efectiva protección a los autores y demás titulares de derechos, sobre las obras del ingenio, en el campo literario, artístico o científico, cualquiera que sea el género o forma de expresión y sin importar el mérito literario o artístico ni su destino”.

Persiguiendo lo anterior, las fuentes utilizadas para la presente investigación fueron recuperadas de bases de datos con acceso abierto, donde los autores han dado su consentimiento para la divulgación y recuperación de sus trabajos. De esta manera no se suplantó la identidad de algún autor y fueron respetadas sus ideas originales, referenciando las citas correspondientes y dando crédito a cada responsable de las ideas remitidas, obedeciendo a las pautas establecidas por la American Psychological Association (APA) para dar un reconocimiento adecuado a los autores por medio de las citas y de esta manera evitar el plagio de ideas (2020). En este orden de ideas, es pertinente resaltar algunos criterios éticos propuestos por Hernández et al. (2014). Por un lado, está la honestidad, que compromete a la investigadora a demostrar la veracidad de los resultados por medio de los datos y la descripción del diseño metodológico. Por otro lado, está el hecho de no presentar algún conflicto de interés, para impedir la manipulación de los resultados por alguna inclinación personal.

Siendo una investigación realizada en el marco disciplinar de la psicología, se tuvieron en cuenta los artículos 49, 50 y 55 de la Ley 1090 del 2006, Código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología en Colombia, específicamente en el título VII: “De la

investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones”, contemplando (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2006):

- La actual investigadora es responsable del tema abordado, la metodología, las conclusiones y los resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.
- El estudio estuvo contemplado bajo los principios de respeto y dignidad.
- En el transcurso de esta investigación hubo total objeción de utilizar mecanismos que desviasen la objetividad o dieran un uso indebido al material aquí expuesto.

Por último, siguiendo la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (Colombia, 1993), donde son establecidas las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el trabajo actual cumplió con los criterios para la categoría de una investigación sin riesgos, determinada en el artículo 11, dado que empleó métodos de investigación documental y no hubo sujetos participantes.

7 Hallazgos

Luego de la recolección (Anexo 1) y el correspondiente análisis de los textos, se procede a generar una descripción de lo encontrado. Al inicio estarán mencionadas las categorías definitivas que fueron asignadas después de haber realizado una distinción de cada unidad temática y que representan las particularidades del objeto de estudio. En un segundo momento se hacen las puntualizaciones necesarias sobre lo hallado respecto a las denominaciones utilizadas para referirse a la terapia. Seguidamente hay una exposición de cada una de las categorías de primer orden, que tiene como fin visualizar las relaciones que hay al interior de estas y su asociación con categorías de otros niveles.

7.1 Categorías emergentes en el análisis del material documental

Hubo un total de 84 trabajos revisados, entre los que se encuentran artículos científicos, capítulos de libros, tesis tanto de pregrado, como de especialización, maestría y doctorado. A partir de ellos fueron construidas un total de 10 categorías de primer orden, 69 categorías de segundo orden, 145 categorías de tercer orden y 83 categorías de cuarto orden (Anexo 2). En la tabla 2 están organizadas las categorías con la cantidad de subcategorías asociadas, de mayor a menor.

Tabla 2
Categorías asociadas

| <i>Categorías de primer orden</i> | <i>Número de subcategorías asociadas</i> |
|--|--|
| Contribuciones de la TCI | 52 |
| Problemas presentados en las ruedas de conversación | 40 |
| Población objeto de estudio en las investigaciones revisadas | 34 |
| Técnicas de recolección de información utilizadas en las investigaciones revisadas | 30 |
| Lugares de implementación en la aplicación de la terapia | 29 |
| Estrategias aportadas en las ruedas de conversación | 24 |
| Tema de estudio en las investigaciones revisadas | 17 |
| Dificultades de la implementación de la terapia | 15 |
| Metodologías implementadas en la investigación | 15 |
| Consideraciones éticas en las investigaciones revisadas | 12 |

Los anteriores datos permiten comparar entre la cantidad de subcategorías y la importancia que desde los estudios revisados se les ha dado a ciertas temáticas. Las categorías con un número superior fueron las contribuciones de la TCI, los problemas en su aplicación y la población participante en las investigaciones analizadas. Más adelante será posible evidenciar la importancia que estas representaban en los textos, lo que podría explicar la frecuencia de aparición de los temas que contienen. Los tópicos de los trabajos coinciden con el orden identificado en la tabla 2. No obstante, estas cifras numéricas no alcanzan los propósitos de la actual investigación; para el cumplimiento de los objetivos propuestos, es necesario describir los hallazgos tras el análisis realizado.

7.2 Diversas denominaciones para un quehacer terapéutico

Antes de seguir con la descripción, es pertinente hacer unas precisiones sobre las denominaciones en los diversos textos para hacer referencia al actual objeto de estudio. Al llevar más de 30 años de implementación y con una expansión internacional, la terapia ha tenido mutaciones en sus denominaciones. Barreto (2008) la nombra *Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica*. Pero la literatura refiere múltiples designaciones: *Terapia Comunitaria*, *Terapia Comunitaria Integrativa*, *Terapia Comunitaria Sistémica Integrativa*, *Ruedas Vinculantes*, *Ruedas Comunitarias* y *Fala Jovem*. Las últimas tres fueron empleadas en contextos específicos. En algunos trabajos de Ecuador fue utilizada la denominación *Ruedas Vinculantes*, a diferencia de otros países donde la terapia no se distinguía así. *Ruedas Comunitarias*, compartía con la anterior la característica de ser implementada en grupos cerrados de residentes de una zona municipal. Diferente fue el uso dado a *Fala Jovem*, introducido para llegar con más facilidad a los jóvenes (Camarotti et al., 2012).

Sin importar su nominación, todas cumplían con los pasos: recibimiento, escogencia del tema, contextualización, problematización y clausura. Además, mantuvieron las bases teóricas: pensamiento sistémico, teoría de la comunicación, antropología cultural, pedagogía de Paulo Freire y resiliencia. En el único documento donde fue diferente la secuencia de los pasos fue en la implementación de la TCI con profesionales de la red SUS de Santa Catarina, Brasil (Padilha & Ferreira, 2012); aquí algunos profesionales aplicaron bases teórico-metodológicas de otras prácticas desarrolladas por ellos, por lo que la terapia no fue realizada considerando todas sus

etapas y reglas, pero tomaron aprendizajes importantes para el ejercicio terapéutico, como lo manifestó uno de los sujetos profesionales entrevistados en ese estudio:

De hecho, no utilizo la secuencia, pero tomo bastantes cosas de la TC para pasarles a ellos (usuarios). Todo lo que aprendí en el grupo, de la simplicidad, de estar junto con ellos, de no creer que el profesional que está por encima, así que siempre busco mirar por ese lado. Yo ya había intentado hacerlo, pero la TC me enseñó a mostrarles ese lado, que para mí es muy importante, más importante que cualquier otra teoría. (p. 11075)¹

Terapia Comunitaria Temática es otra denominación que tiene una serie de modificaciones en sus características. Por un lado, la contextualización y la problematización ocurren al mismo tiempo y el tema a trabajar se elige con anterioridad (Rique, 2010). La idea de utilizar las TCI temáticas fue inspirada en una terapia realizada por su creador, denominada Terapia Mariposa, que se difundió en DVD a formadores de terapeutas comunitarios, a través del Movimiento Integrado de Salud Comunitaria de Ceará, MISMEC – CE (Ferreira et al., 2013). En el 2020 las ruedas comenzaron a ser ofertadas de manera virtual a raíz de la pandemia, donde se buscaba fortalecer lazos y construir redes de apoyo; minimizar el estigma y prejuicios hacia las personas infectadas por Covid-19; y ofrecer un espacio de escucha por parte de los profesionales implicados en la lucha contra la enfermedad (Barreto et al., 2020). A pesar del cambio de escenario, no hubo modificación en los pasos iniciales, tratando de adaptar todos los aspectos al formato virtual.

Teniendo las anteriores claridades se continuará con los hallazgos en cada una de las categorías. Esta exposición se realizará en el orden establecido en la tabla 2.

7.3 Contribuciones de la implementación de la TCI: principal tema en las investigaciones revisadas

Este apartado busca dar a conocer los principales hallazgos de la categoría de *contribuciones de la implementación de la TCI*, la cual surge a partir de las evidencias que los participantes y los registros de la terapia manifestaron. No obstante, es prudente realizar una relación inmediata con la categoría *temas de las investigaciones sobre TCI*, que estuvo pensada

¹ Traducción libre (del portugués)

desde los asuntos que convergieron en algunos trabajos, distinguibles en las preguntas que daban lugar a las pesquisas. A partir del análisis realizado fue posible contrastar puntos en común, gracias a que las cuestiones que guiaban los textos revisados llevaban al encuentro con los aportes de la terapia. Esta confluencia estuvo facilitada por el creciente número de exploraciones sobre TCI, que fue evidenciado en los Congresos Brasileños de Terapia Comunitaria Integrativa (CBTCI):

La creciente demanda de trabajos entre un congreso y otro (2003/2011), nos muestra que las investigaciones en el área y los resultados positivos provenientes de la realización de las ruedas de TCI han aumentado de forma significativa el interés del mundo académico por la práctica. (Aguiar et al., 2013, p. 37)²

Cabe aclarar que, en ninguno de los estudios recolectados, hubo un análisis de los efectos de la TCI a largo plazo, esto podría ser útil para indagar el impacto de asistir a las ruedas a través del tiempo. No obstante, existieron algunas aproximaciones, como la de Silva (2016), donde se aplicaron un pretest y postest para ver los efectos en los participantes luego de hacer parte de 12 ruedas de conversación; según los resultados ocurrió una mejoría en la autoestima. Esta misma investigación señala que no hubo una correlación significativa entre el número de terapias y el aumento de la autoestima; no obstante, gracias a las pruebas aplicadas, fue posible ver una mejoría en los vínculos sociales de los participantes, que aumentó con el número de sesiones. En otro estudio los resultados no demostraron una relación entre la mejora del estado emocional de las participantes y la frecuencia en la asistencia a las ruedas (Zanoni et al., 2018).

A partir del análisis realizado, la relación entre las contribuciones de la implementación de la TCI y los temas de las investigaciones fue pensada en tres vías: construcción colectiva para el abordaje de problemáticas, facilidades del acceso a la terapia y efectos en el proceso de salud-enfermedad-atención. Las cuales se describirán a continuación.

7.3.1 Efectos en el proceso de salud-enfermedad-atención

Dentro de los textos revisados hubo una gran variedad de problemas desde donde surgieron diferentes indagaciones. El tema predominante estuvo en la difusión de la TCI en la atención

² Traducción libre (del portugués)

primaria en salud. A partir de las conclusiones de diferentes estudios, se rescata que es una estrategia que puede influenciar positivamente el proceso de salud-enfermedad, en la medida en que aporta a la prevención de distintas dolencias y contribuye a la promoción de la salud mental. Incluso, esta consideración fue incorporada en el SUS brasilero como una práctica alternativa de atención en salud mental comunitaria (Leão, 2009).

A partir del desarrollo en las estrategias de esos servicios, hubo diversas contribuciones de la terapia asociadas con la disminución de las demandas de atención, lo cual dio paso a brindar una mejor asistencia a las personas (Macedo et al., 2020), hecho que comienza con la construcción de nuevos procesos resilientes; los participantes de la TCI consiguen estrategias de afrontamiento y generan una actitud resolutive ante las dificultades del día a día. Según los participantes de algunas de las investigaciones revisadas, fue notable una disminución de sus síntomas físicos, una mayor adherencia al tratamiento y una mejora en su estado de ánimo (Guimarães, et al., 2020; Jean et al., 2020; Leite et al., 2011; Vasconcellos et al., 2020). Por ejemplo, en ancianos de comunidades *quilombolas*, la terapia se consolidó como una estrategia para la promoción de salud mental, alivió diferentes síntomas psíquicos con los que cargaban y disminuyó su sobrecarga emocional (Moraes, et al., 2017).

7.3.2 Construcción colectiva para el abordaje de problemáticas

Otro de los temas centrales de las investigaciones eran los beneficios obtenidos tanto por los terapeutas, como por los participantes y sus familiares. En las conclusiones solía encontrarse aportes repetitivos como lo son el aumento del vínculo social, el poder sentirse escuchado, la posibilidad de expresión de problemáticas diarias, la ayuda en la construcción de autonomía y el encuentro, como nuevas formas de superar las dificultades usuales (Albernaz, 2018; Barba, 2018; Gutierrez et al., 2020; Moraes, et al., 2017; Pereira & Tavares, 2020). Gracias a los diferentes trabajos explorados, es evidente que las personas experimentaron una sensación de confianza para expresar sus preocupaciones. Uno de los asuntos que facilitó este compartir, de acuerdo con una de las investigaciones, fue el establecimiento de reglas al inicio de cada sesión, lo cual enmarcó una actitud de respeto hacia el otro, previno prejuicios frente a las opiniones de las demás personas y dio pie a la aceptación de quienes hicieron parte de los procesos (Miranda et al., 2014).

Con respecto a los beneficios obtenidos por los terapeutas, la formación en TCI posibilita la obtención de herramientas para la intervención con otros, al mismo tiempo que genera impactos en la vida personal. Un grupo de estudiantes de psicología que participaron en la capacitación de la técnica de las ruedas de TCI resumió estos encuentros mediante las siguientes frases, obtenidas de las anotaciones en la supervisión de los encuentros: “la posibilidad de crecer mientras el otro habla; crecer dentro de la gente y las experiencias de los otros; conecto con mis debilidades; vivencio lo no conocido; desarrollé confianza, aprendí a hablar; callar para escucharse a sí mismo” (Fuentes-Rojas, 2011).

En esa misma vía, para una construcción colectiva de enfrentamientos ante las dificultades diarias es necesario incentivar la participación política y social de la comunidad. En un estudio se pensó la dimensión política promovida con la terapia por medio de la adhesión a las normas éticas consideradas en esta; con fundamento en la pedagogía de Paulo Friere como un instrumento para la educación popular. De tal manera, en esta investigación la TCI posibilitó la representación del dolor y la enfermedad por medio de consensos y diferencias entre la medicina oficial y las prácticas populares de cura, lo que dio pie a construir los resultados alrededor de la manera como la TCI permitía la construcción de un espacio público de diálogo que potenciaba la autonomía de los individuos y el desarrollo de la dimensión política del hombre (Giffoni, 2008). Así, en algunas investigaciones, la TCI no solo fue una estrategia para el cuidado de la salud, sino que también promovió el compromiso de la ciudadanía a través de la transformación personal (Buzeli et al., 2012; Gomes, 2008; Rique, 2010).

7.3.3 Facilidades para el acceso a la terapia

La instauración de una relación horizontal valida el conocimiento que cada persona trae al lugar del encuentro. El proceso en la terapia facilitó el aprendizaje personal para llegar a la superación del sufrimiento. Al mismo tiempo, favoreció que los terapeutas brindaran una atención integral y humanizada, sin tener temor a construir vínculos cercanos con los participantes. Cabe señalar que, de acuerdo con el análisis realizado, es posible concluir que esta terapia es accesible en múltiples sentidos: físico, puesto que no demanda muchos objetos; económico, por no requerir de una gran inversión de dinero; y lingüístico, al manejar vocablos comunes dentro la comunidad. Lo anterior facilita una mayor inclusión de diferentes poblaciones, como lo muestra el caso de

usuarios de drogas psicoactivas que recibieron sesiones de TCI en los centros de rehabilitación donde se encontraban:

Las menciones sobre la acogida se deben a la necesidad de ese perfil de usuarios en expresar/recibir/percibir el sentimiento de integración al grupo, una vez que, sentirse aceptado favorece la comprensión sobre la condición de salud, contribuye para el empoderamiento y puede facilitar el enfrentamiento de las adversidades personales. (Lemes et al., 2019, p. 5)³

Una de sus características centrales, y que facilitaba la adhesión, era el uso de los propios recursos de las comunidades que hicieran parte del estudio. Diversos autores buscaron comprender estos recursos comunitarios y las características culturales dentro de las ruedas (Gutiérrez et al., 2017; Richard, 2020; Tavares & Ferreira, 2011; Zambrano & Dávila, 2018). Algunas pesquisas se centraron en culturas específicas como la nordestina y la africana (Ferreira et al., 2013; Moraes, et al., 2017). Otras incluyeron la utilización de las propias tradiciones, en concreto las *parlendas* pertenecientes al folclore brasileiro, formadas a partir de una combinación de palabras, con contenido infantil y que tienen cierta rima (Oliveira & Meneses, 2016). La importancia de incorporar estos elementos dentro de las indagaciones queda justificada por las contribuciones que son encontradas dentro de la implementación de la terapia, por ejemplo:

Una mayor participación de la comunidad, un mejor desarrollo de las sesiones de TCI, así como un fortalecimiento de vínculos (integración entre los participantes) y rescate cultural, con el objetivo de lograr el fortalecimiento y la consolidación de esta nascente tecnología leve de cuidado. (Tavares & Ferreira, 2011, p. 597)⁴

7.4 Problemas presentados en las ruedas de conversación

Muchas de las investigaciones halladas propendieron recopilar los tópicos que solían exponerse dentro de las ruedas de conversación. El autor de la terapia propone una manera de

³ Traducción el libre (portugués)

⁴ Traducción el libre (portugués)

clasificar los temas presentados por categorías. Estas serían: conflictos familiares, alcoholismo, drogadicción, estrés, conflictos, abandono, violencia, depresión/pérdida, trabajo, rechazo, prostitución, deficiencias mentales, discriminación, problemas de salud, otros (Alves et al., 2009). Diferentes investigaciones adoptaron este modo de organización, no obstante, en el presente estudio se optó por otra modalidad de agrupamiento que diera cuenta de lo encontrado, dado que hay algunas categorías consideradas por Barreto que no fueron representativas en los resultados y existen algunos temas que no son apreciados dentro de la clasificación original. En particular estuvo el caso de las consecuencias de la pandemia, el cual surgió a partir de nuevas intervenciones que iniciaron en el 2020 a raíz de los confinamientos y aislamientos sociales por motivo del Covid-19.

El Polo Formador en TCI Instituto Afinando a Vida (IAV) en la ciudad de São Paulo, realizó 14 ruedas entre marzo y junio, participaron 16 ancianos y fue compartida la experiencia de estas personas durante el periodo de confinamiento, donde aparecieron temas como la nostalgia, conflictos en las relaciones familiares, pérdida por muerte debido al coronavirus y tristeza por no poder participar en las fiestas de junio (Salcedo et al., 2020), lo cual evidencia los impactos de ese momento histórico en una parte de la comunidad. A pesar de que suelen surgir un gran número de temas y que dependen de las características de la población foco de estudio, los problemas familiares y las preocupaciones económicas fueron los más repetitivos. Razonable esto, al considerar que la mayoría de los participantes eran residentes de zonas marginadas o hacían parte de grupos excluidos: ancianos, drogodependientes, enfermos mentales o mujeres.

La crianza de los hijos y el cuidado del hogar surgieron como una subcategoría exclusiva del género femenino o, hasta el momento histórico, ha sido dominada por este. Se trata de las cuales son tareas que generan sobrecarga por el esfuerzo que requieren. Otros tipos de responsabilidades que llevan al agotamiento, compartidas tanto por hombres como por mujeres, son las tareas universitarias y las laborales. La primera da cuenta de una serie de características por las modificaciones y adaptaciones exigidas por el mundo académico (Buzeli et al., 2012). Los estudiantes se ven inundados por las exigencias de alcanzar ciertas calificaciones y la presión que cada carrera demanda. El mundo laboral no está exento de sensaciones que llegan a perturbar a los trabajadores. Por las dinámicas económicas actuales hubo una constante amenaza al despido, relacionado con problemas financieros e incluso familiares. El verse en una situación con la imposibilidad de laborar por falta de oportunidades, generó angustia en diversas personas. Por otro

lado, las dinámicas internas de gran parte de trabajos pueden causar emociones como tristeza, decepción o falta de motivación.

En un estudio los profesores universitarios narraban problemas por bajos salarios y su efecto en emociones de inseguridad y desvalorización. También referían conflictos en la relación con los alumnos, asociados al irrespeto e insatisfacción. Fue posible encontrar otros aspectos más personales referentes a la culpa por hacer daño al otro, miedo a enfermar o morir, impaciencia y nerviosismo (Castro et al., 2016). A pesar de que el malestar psíquico fue transversal en todos los temas propuestos, dentro de la terapia existieron unas perturbaciones repetitivas como: la poca motivación, el estrés, las emociones negativas, la sensación de soledad y la autoestima baja. Esto se enmarca en diferentes problemáticas cotidianas que afectan la salud mental de las personas. Dentro de aquellas estaba el hecho de la incomodidad de los trastornos psicológicos que los usuarios exhibían, agravados por las dinámicas sociales que conllevan. Pero también eran concurrentes las indisposiciones por presentar una enfermedad física, o por la posibilidad de que ella ocurriera. Y en estos dos últimos casos, había una gran mezcla con la desazón de tener que enfrentarse a las complicaciones en el acceso a los servicios de salud.

7.5 Población objeto de estudio en las investigaciones revisadas

En las indagaciones fueron incluidas diversas poblaciones, elegidas por su participación en los procesos terapéuticos o porque recibían algún beneficio de estos. En general, salvo por algunos estudios dirigidos a grupos etarios específicos, los ancianos eran quienes más frecuentaban las ruedas. Tanto en la población de adultos mayores como en los demás grupos etarios, destacó la presencia de las mujeres, dada su asistencia a las terapias y su liderazgo en las ruedas. A pesar del anterior indicador, dentro de las características de la terapia, de acuerdo con los textos revisados, no hay una exclusividad por algún género o edad; uno de sus beneficios fue adaptarse a cualquier tipo de público, inclusive con diferencias económicas. Las intervenciones tendían a destinarse a poblaciones excluidas y con pocas facilidades monetarias. Por ejemplo, en el programa *Jovem de expressão*, las ruedas estuvieron dirigidas a jóvenes con bajo poder adquisitivo que tuvieran entre 18 y 24 años, residentes de lugares vulnerables por la violencia (Camarotti et al., 2012). También se realizó una intervención en la fundación "Abuelitos de la Calle", en Quito, donde habitaban ancianos que tenían pocos recursos sociales y económicos (Bermúdez, 2014). Existieron dos

estudios que mencionaban la participación de niños (Gonçalves et al., 2012; Richard, 2020). Sin embargo, los nombraban de una manera general dentro de la recolección de datos, por lo cual faltó estudios que dieran mayor claridad sobre el funcionamiento de la terapia en este tipo de población.

Desde la inclusión de la TCI al SUS en Brasil fueron impartidas ruedas de conversación en los CAPS y la ESF, las experiencias de quienes concurrían a estos espacios fueron rescatadas en diversos estudios (Albernaz, 2018; Macedo et al., 2020; Nascimento & Souto, 2019). Esto dio paso para que, además de dar con personas con diferentes problemáticas de salud mental, sobre todo depresión y dependientes a sustancias, se llegara a medir el impacto de la terapia en usuarios con enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes. La multiplicidad de características encontradas queda ilustrada en el siguiente apartado:

Las 20 participantes [de la investigación] relataron mucho estrés, 11 vivieron conflictos familiares de orden severo como violencia doméstica y alcoholismo, 14 vivenciaron problemas económicos, 12 hablaron de mucho sufrimiento con el cónyuge, 6 relataron quejas de salud y 4 mencionaron conflictos sociales y dificultades de interacción social. (...) Entre las participantes, 8 presentaban una o más enfermedades, siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus las más frecuentes. (Ferreira et al., 2013, p. 219)⁵

Las condiciones particulares de ciertas poblaciones permitieron explorar el alcance de la terapia. Para ilustrarlo está el caso de Ecuador, luego del terremoto del 16 de abril de 2016 muchas de las personas damnificadas hicieron parte de un plan de intervención que utilizaba la TCI. Allí fue descubierto su alcance para distintos niveles de necesidades, por ejemplo, el procesamiento de las primeras etapas de la crisis luego de un desastre natural, facilitar la búsqueda de información oficial, fortalecer de redes de apoyo, recuperar el autoestima, fomentar la resiliencia, favorecer la vinculación familiar, empoderar a los participantes en sus capacidades y habilidades, rescatar la cultura y sus saberes ancestrales, entre otros (Valarezo, 2017).

Por otro lado, en el material documental revisado, profesionales de diferentes áreas impartían la terapia. Entre ellas sobresalieron los de los sectores salud y educativo (Castro et al., 2016; Horta & Caldeira, 2011; Lima, 2009; Tavares & Ferreira, 2011). Los docentes universitarios en diversas ocasiones dirigían las investigaciones, al mismo tiempo que las ruedas de conversación

⁵ Traducción el libre (portugués)

(Aguiar et al., 2013; Braga et al., 2013; Lemes et al., 2020; Menezes et al., 2012), lo cual explica el interés de los trabajos académicos en los beneficios recibidos por los profesionales a partir de los fundamentos teórico-metodológicos de la terapia. Además, en las investigaciones de estudio, dependiendo del tema, no solo se incluyeron personas, sino que también se hizo revisión y análisis de fichas de registro y de valoración en las terapias, investigaciones previas, conferencias, noticias o normas éticas.

7.6 Técnicas de recolección de información utilizadas en las investigaciones revisadas

En el libro *Terapia Comunitaria paso a paso* (Barreto, 2012), hay un capítulo dedicado a hablar sobre los instrumentos evaluativos del impacto de la terapia. En algunos de los estudios analizados, los autores utilizaron el Cuestionario de Eficacia de la TCI, para examinar el efecto en los vínculos y la recuperación en la autoestima, aplicado al inicio y al final de las ruedas (Ferreira et al., 2013). Existieron otras herramientas para la recolección de información que surgieron a partir de las experiencias de la terapia, por ejemplo, el Sistema de Registro Alti que surgió en Chile dentro de un proyecto de Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica para la promoción de salud mental comunitaria; así lo expresan los autores:

Este Sistema de Registro e Informes tiene como características generales que: a) funciona sobre una plataforma web; b) utiliza una base de datos estándar; c) para el registro de fotografías utiliza una estructura de carpetas de archivos en la nube. El sistema tiene dos niveles de usuarios: administrador y usuario común. Es un sistema multiproyecto, simple y amigable, lo que permite ser utilizado desde cualquier lugar del mundo por cualquier interesado en mantener un registro ordenado de sus Ruedas Vinculantes (Gutiérrez et al., 2020, p. 105).

Por otro lado, Adalberto Barreto, en la década de los 90, creó el formato de Evaluación y Cierre de los grupos de Terapia Integrativa Comunitaria para los equipos de terapeutas, con el propósito de completarlo al final de las ruedas. Este es un formulario que contiene “la cantidad y descripción de la apreciación de los terapeutas sobre los principales temas presentados y elegidos por los participantes, el lema propuesto (pregunta clave), las estrategias sugeridas por el grupo para

tales confrontaciones y los beneficios autoinformados” (Barreto, 2012, p. 3). Es por ello que diversas investigaciones utilizaron este formato con el fin de recopilar datos y su posterior análisis. Al mismo tiempo, emplearon apuntes de las experiencias, cuando se trataba de metodologías que incluían un trabajo de campo.

Para este tipo de estudios, fue frecuente encontrarse con investigaciones que se valieron del registro por medio de un diario de campo, o crearon su propio formato para las anotaciones (Nascimento & Souto, 2019; Tavares & Ferreira, 2011; Zanoni et al., 2018). Era habitual observar más de una manera utilizada con la finalidad de acceder a los datos. Los instrumentos anteriores fueron combinados con el uso de cuestionarios o softwares. El Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS), el Cuestionario de salud PHQ9, entre otros, tenían diferentes propósitos como evaluar la satisfacción, el estado inicial de los participantes, generar una retroalimentación al funcionamiento de la terapia o medir el efecto de esta en diferentes áreas de la vida.

En el caso de los *softwares* representaron una ayuda a la hora de la recolección y categorización de los diversos tipos de datos. Por un lado, los instrumentos de análisis textual permitieron identificar la frecuencia y semejanza de las palabras utilizadas. Mientras que el SPSS, junto con otros medios para la exploración estadística, facilitaron visualizar el predominio y las variaciones de algunos elementos. Los diagramas fueron una fuente de organización para la recolección de información que era fácil de entender gracias a la inclusión de varios elementos de un modo gráfico. Por último, las estrategias grupales representaron otra manera para recoger las apreciaciones, conocimientos, experiencias o aprendizajes sobre los temas por los cuales se indagó.

Cabe señalar que hubo trabajos que emplearon la revisión de textos, sin embargo, mostraron algunas diferencias con la presente investigación; por ejemplo, en el caso de los académicos Lemes et al. (2019), dirigieron su atención solo a los beneficios evidenciados dentro de los registros de las ruedas objeto de análisis.

7.7 Lugares de implementación en la aplicación de la terapia

En un inicio la terapia tuvo mayor repercusión en centros comunitarios, allí reunía personas con condiciones de vida desfavorables y baja accesibilidad a diferentes servicios (Gonçalves et al., 2012). Impactó más que todo a fundaciones para el cuidado de la tercera edad, centros de

recuperación de dependencia a sustancias, direcciones para la participación y acción social, asociaciones de enfermedades, sociedades de residentes y los polos formadores en TCI que también impartieron este tipo de servicio a la comunidad que quería participar. Debido a su inmersión en políticas públicas fue impactando en diferentes niveles de los sistemas de salud, la incidencia era notable más que todo en Brasil, apreciable en el primer rastreo de antecedentes por ser el país de origen. De la misma forma, existió un dominio de la enfermería dentro de las disciplinas que dirigían exploraciones en este país. Esto podría deberse a la inclusión de la Terapia Comunitaria dentro del Sistema Único de Salud y, por tanto, en la atención de los CAPS y la Estrategia de Salud de Familia, desarrollados a lo largo de esta nación. Programas en los cuales los enfermeros tiene gran protagonismo, y por consecuencia, han facilitado el contacto de este sector con herramientas para el trabajo comunitario en salud y su implementación en las actividades profesionales. De acuerdo con la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) 2006, de Brasil, el enfermero “debe realizar asistencia integral a las personas y familias en la USF y, cuando sea indicado o necesario, en el domicilio y/o en los demás espacios comunitarios” (Galdino et al., 2014, p. 15).

La predominancia en la enfermería en la implementación de la TCI solo fue notoria en los casos ejecutados en Brasil, porque cuando se observaron investigaciones en Ecuador o Chile, esta profesión no era visible. Un aspecto en común en las investigaciones realizadas en diferentes latitudes fue la manera de expansión de la TCI a múltiples contextos, como universidades y centros de rehabilitación. Ha impactado en las secretarías de educación, escuelas e instituciones de educación superior. Es apreciable que la mayoría de las investigaciones de Brasil correspondían a la región Nordeste, facilitadas por el Grupo de Estudos em Saúde Mental Comunitária de la Universidad Federal de Paraíba, lo cual explicaría el predominio dentro de João Pessoa, capital del estado de Paraíba, teniendo en cuenta que no es la ciudad de origen de la Terapia Comunitaria Integrativa, pero gracias a este grupo tuvo un auge importante en esta zona del país (Galdino et al., 2014). Debido a la pandemia por Covid-19, la terapia impactó por medio de plataformas virtuales. Gracias a los confinamientos, estas eran el “lugar” donde implementaban las ruedas. En todos los casos, la terapia era ejecutada en sitios que fueran accesibles y promotores de conversaciones, es decir, es preferible realizar las ruedas en lugares que estimulan la interacción social.

7.8 Estrategias aportadas en las ruedas de conversación

Dentro de las conversaciones en las ruedas de TCI surgieron estrategias para la superación de las problemáticas que los participantes aportaban. Los trabajos investigativos solían ser agrupadas en las siguientes categorías: fortalecimiento y empoderamiento personal, búsqueda de orden espiritual y/o religioso, búsqueda de redes solidarias, cuidado del relacionamiento con la familia y autocuidado. Existió una clara prevalencia del tema de la espiritualidad, no obstante, hubo otros como la apertura a una mayor vinculación familiar y la búsqueda de redes solidarias. La escogencia de una u otra era variante según el tipo de población objeto de estudio. Fue visible un predominio por estrategias del lado religioso por parte de gente adulta y proveniente de sectores poco beneficiados económicamente (Barbosa et al., 2010; Cavalcanti et al., 2013; Giffoni & Santos, 2011). Mientras que en población más joven eran privilegiadas las estrategias de empoderamiento personal (Alves et al., 2013; Pereira & Tavares, 2020).

Las tradiciones de las comunidades jugaron un papel muy importante, dejando ver la inclinación hacia prácticas alternativas, como la masoterapia o el uso de plantas medicinales para la cura de sus males (Giffoni, 2008). También estaba presente la integración de recursos culturales como música, bailes o dichos populares (Bermúdez, 2014; Pinheiro et al., 2013). Las comunidades indagadas marcaron una importancia del encuentro con el otro, proponiendo estrategias como la participación en organizaciones comunitarias o el fortalecimiento de las redes de apoyo (Alves et al., 2009; Cordeiro, 2011). Al mismo tiempo, era recurrente sugerir métodos para el autocuidado y la búsqueda de ayuda de diferentes profesionales (Ferreira et al., 2013; Máximo et al., 2014). La denuncia y el acercamiento a personas competentes en asuntos legales, fueron maneras de superación para las situaciones donde hubo casos de abuso (Alves et al., 2013; Bermúdez, 2014). Así como fue propuesto el intercambio de la palabra con "expertos", también se dio privilegio al diálogo con el otro para el desahogo, por tal motivo, la asistencia a las ruedas era otra de las proposiciones como estrategia de enfrentamiento (Fernandes et al., 2011; Gonçalves et al., 2012).

7.9 Dificultades de la implementación de la terapia

La implementación de la terapia no estuvo exenta de obstáculos para su accionar. Por un lado, en algunos casos la falta de una estructura física que genere confianza en los usuarios debilitó el desarrollo de los encuentros (Nogueira, 2012). En otros, no existía un lugar de trabajo específico, lo que restringe la disponibilidad para realizar las actividades y la privacidad de los participantes

(Gomes, 2008). Por ejemplo, en Brasil, en los CAPS o universidades no había una oficina o salón para su adecuación, sino que debía ser compartido con otros servicios. Otras de las limitaciones eran las gestiones burocráticas que impedían dar continuidad a la TCI. Esto tiene que ver con un sistema que le da prioridad al bienestar desde una mirada individual, siendo necesario revalorar el concepto de salud colectiva (Barbosa, 2009). Sin una voluntad política, la TCI no se desarrollaba, ni había una divulgación y evaluación de los procesos.

En una investigación del 2013 ya se planteaba la necesidad de movilizar articulaciones para que la TCI pudiera ser considerada una política pública y de esta manera asegurar sus recursos (Gomes, 2013). Sin embargo, luego de que hiciera parte de la Política de Prácticas Integrativas de Brasil en el 2017 y llevar varios años dentro de la ESF, los obstáculos burocráticos en los servicios de salud seguían presentes, privando la apertura de espacios para las ruedas (Meira, 2018). La inexistencia de un mecanismo de seguimiento y evaluación de la inserción en las normas públicas dificultaba la observación de su efectividad (Gomes, 2013), por lo que la imposibilidad de convenios con los gobiernos locales estaba dada por preconceptos de gestores de la red de atención psicosocial, lo que llevaba a considerar la poca acogida de la TCI por parte de los profesionales. En principio podía contemplarse el hecho de la escasa identificación con la filosofía de la terapia, que es innegable al estar en un sistema donde predomina un modelo biomédico y privilegia otra clase de atención.

Fue fundamental tener presente el papel de la formación. Cuando este tipo de aprendizajes estaba ausente o era precario en los profesionales daba lugar a una falta de compromiso (Gomes, 2008), poca participación del equipo (Leite et al., 2011), y limitada experiencia para los trabajos colectivos (Nogueira, 2012). Otro elemento que trajo inconformidad y desconfianza en los resultados de la TCI fue la falta de exigencia de un título en alguna área académica. Ciertos profesionales de la salud mental opinaban que esto era una forma de exclusión y subestimación de su papel y conocimiento (Macedo et al., 2020). También hay que considerar que los mismos terapeutas contaban con poco tiempo para dedicarle a la implementación de la TCI. En el caso de las enfermeras en la ESF, representaba una posible sobrecarga el adicionar el liderazgo de las ruedas, poniendo en consideración que sus actividades eran diversas. Esto daba pie al posible fortalecimiento de dos asuntos: primero, el fomento del trabajo multidisciplinar en este tipo de tareas y, segundo, la consolidación de una estrategia para el cuidado de los mismos terapeutas (Padilha & Ferreira, 2012).

Fue necesaria la articulación con diferentes entidades tanto públicas como privadas para el seguimiento del funcionamiento de la terapia y la formación de sus terapeutas. La actuación de los líderes de los polos formadores facilitó esta labor (Gomes, 2013) y permitió llegar a las principales regiones de Brasil; allí cada líder era conocedor del contexto, lo que favorecía la implementación. A pesar de ser una terapia de bajo costo igual requería de un sustento económico. Al respecto, en las experiencias conocidas generaron diferentes estrategias como “realización de conferencias, consultorías, alianzas con entidades privadas y no gubernamentales, y gestión profesional, así como centros con gestión nacional, cuya sostenibilidad requiere mayor atención” (Gomes, 2013, p. 126). Para continuar con ese punto es necesario considerar la participación de la comunidad. En algunos casos, los usuarios tenían desconfianza en la terapia debido a un desconocimiento o porque había prejuicios de ella. Por ejemplo, el término “terapia” era vinculado a los individuos que necesitaban un tratamiento por alguna enfermedad mental (Camarotti et al., 2012).

En la revisión de algunos de los trabajos fue evidente que el predominio del modelo biomédico afectó la adhesión de las personas a este tipo de dinámicas grupales (Barbosa, 2009; Ferreira et al., 2013). En algunas, había un rechazo de los participantes al momento de iniciar con las actividades, y la participación era obstruida al considerar la opción de tener que comentar sus problemas ante personas desconocidas, por lo cual, una evaluación de los sujetos antes de la derivación a las ruedas facilitaría cierta vinculación entre usuario y profesional. Además, la realidad de la terapia no logra cubrir demandas de contextos grupales específicos, que podrían orientarse mejor con un análisis previo (Padilha & Ferreira, 2012). Por otro lado, en uno de los estudios, al preguntarle a participantes ancianos, que habían asistido a seis ruedas, sobre los aspectos que no les gustaban de la TCI apareció una alusión al tiempo y a la participación, dando como sugerencia un aumento en estos dos aspectos para mejorar la adhesión de los participantes (Jean et al., 2020).

La adaptación de ciertos elementos según el público al que vaya dirigida la terapia, jugó un papel muy importante, aquí entran a considerarse aspectos culturales, como también el lenguaje utilizado. En una de las investigaciones analizadas, realizaron algunas modificaciones de las características de la terapia debido a las particularidades de la población, por un lado, denominaron las ruedas como *Fala Jovem*, que era más acorde al universo juvenil; estas eran dictadas en los talleres culturales del programa. Por otro lado, fue necesario escoger lugares donde los jóvenes asistían con más frecuencia como escuelas, iglesias o centros sociales; dentro del desarrollo de las

ruedas fue dada una mayor atención a la etapa inicial, haciendo uso de videos, fotos, dibujos, pinturas, música y/o dinámicas; y, por último, buscaron eliminar miedos y mitos a la TCI por medio de encuentros temáticos, competencias, concursos y otros eventos (Camarotti et al., 2012).

7.10 Metodologías implementadas en la investigación sobre TCI

La comprensión y el rescate de las experiencias de los participantes orientaron la gran mayoría de objetivos, por lo que no fue extraño el uso predominante de la metodología con enfoque cualitativo. Diversas exploraciones partieron de la investigación acción como método. Esta escogencia estaba premeditada por la base de una participación activa en el campo de estudio, generando una intervención con y desde la comunidad. Rodrigues (2017) justificó la escogencia de la investigación acción como referente teórico-metodológico, planteando que, a diferencia de otros métodos, este permite una sensibilidad en la interacción entre investigador y comunidad. El autor argumentaba que, para Barreto, la TCI está integrada a ese método, porque se crean soluciones con base en una situación real del grupo.

Otras indagaciones partieron de la etnografía. De igual modo que la anterior, la observación participante era la técnica preferida para profundizar en la situación elegida. Giffoni & Santos, recurrieron a los métodos anteriores porque uno de los aspectos con mayor importancia es la experiencia que recoge el investigador a lo largo del trabajo de campo, lo que propicia que la interpretación sea paralela a la recolección de los datos (2011). Dos de las orientaciones para el estudio de la información fue el análisis de contenido temático y la historia oral temática. El uso del análisis del discurso o el abordaje sociocognitivo estuvo relacionado con ese tipo de escogencia, buscando una representación adecuada y profunda en las indagaciones. El estudio de caso fue otro método introducido para enfocarse en la experiencia de la TCI en una comunidad específica, requiriendo un esfuerzo reflexivo en la interpretación (Cavalcanti et al., 2013).

El predominio de metodologías comprensivas alcanza a explicar la falta de artículos que contemplaron una muestra con más de 25 personas. No obstante, hay algunos trabajos que se salieron de esta tendencia. En uno (Gutiérrez, et al., 2020) participaron 949 miembros de la comunidad académica; este utilizó un método cuantitativo. Hubo otros tres que utilizaron una metodología mixta (Barbosa, 2009; Gutiérrez et al., 2017; Gutiérrez, et al., 2020) y sus muestras tenían entre 136 y 248 participantes. No obstante, fue curioso encontrar algunos estudios con

metodología cualitativa que tuvieron una gran cantidad de personas durante la fase de recolección de datos. El trabajo de Fernandes et al. (2011) trabajaron con 780 personas; Castro et al. (2016) tuvieron en cuenta a 296 profesores; Valarezo (2017) incluyó a 482 participantes; Pereira & Tavares (2020) incorporaron a 443 estudiantes. En el caso de Otaviano et al. (2020) su estudio estuvo conformado por 512 estudiantes. Y la investigación que hizo uso de la mayor cantidad de personas fue de 1029 voluntarios (Máximo et al., 2014).

7. 11 Consideraciones éticas en las investigaciones revisadas

Dado que la mayor parte eran investigaciones realizadas en Brasil, dentro de las consideraciones éticas solían incluir la Resolución 196/1996 y la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, las dos planteaban los estándares para la investigación en seres humanos. Como fue resaltado, la enfermería dominaba el flujo de análisis, por lo que el Código de Ética de los Profesionales de Enfermería era otra norma mencionada en las investigaciones. De igual manera, la mayoría de las indagaciones surgieron dentro de universidades, por lo que debieron pasar por la aceptación de centros de ética. Este tipo de comités eran los organismos encargados de dar la aprobación al proyecto cuando se hacía en un centro de salud. El protocolo Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ), fue implementado en una investigación al plantear directrices para la realización de estudios cualitativos, diseñadas por la red *Equator* (Lemes et al., 2019).

En el caso de las investigaciones que debieron proceder de la participación de voluntarios, el uso del consentimiento informado y el anonimato de los colaboradores fue dispuesto frecuentemente. Para el caso de Brasil, cuando los estudios partieron de una investigación documental, la Ley 9610/1998 fue aplicada, siendo aquella la que protege los derechos de autor (Aguiar et al., 2013). Los anteriores lineamientos hacen parte de una serie de estándares para la investigación, no obstante, hubo un vacío respecto a las consideraciones éticas dentro de la implementación de la terapia. Los autores Miranda et al. (2014) propusieron que la TCI poseía unas bases éticas conectadas con la Resolución 466/2012 (Brasil), lo cual garantizaba la cantidad de información que es tratada en las ruedas, por lo que concluían que la TCI podía ser utilizada como una estrategia de recolección de datos en investigaciones sociales. Pero aparte de estas menciones, no hubo una profundización en el tema.

7.12 Conexión entre las anteriores categorías

Cada una de las categorías ya mencionadas están relacionadas entre sí. Al igual que en el apartado donde hubo un análisis de las contribuciones de la implementación de la terapia junto con los temas de las investigaciones sobre TCI, es posible plantear otro tipo de conexiones. Por ejemplo, una mayor autonomía da paso a la construcción de estrategias resilientes, y esto a su vez da la posibilidad a nuevos vínculos. Si consideramos las dificultades en la implementación de la terapia, la limitada formación en esta metodología facilita la aparición de prejuicios, por tanto, una participación escasa. Sobre los problemas presentados, hay una categoría que se refiere a los vínculos familiares; en gran parte de las investigaciones está presente este tema, sin embargo, en la investigación *Conflictos familiares abordados na terapia comunitária integrativa* se hace una clasificación específica de aquellos conflictos familiares que son expuestos en las ruedas de TCI, dando cuenta de la influencia entre estos y otros tipos de problemáticas; de este modo, los problemas económicos se relacionan con dificultades en las relaciones familiares, al igual que con problemas en el trabajo. Como lo resalta la investigación citada:

Las dificultades financieras y la vulnerabilidad social son causas potenciales de conflictos familiares. Este problema es estimulado por una sociedad excluyente con valores capitalistas que no absorbe/acoge a los individuos y no les ofrece la oportunidad de hacerlos conquistar lo que la sociedad señala como factor de inclusión. Este juego de valores sociales puede hacer que el individuo se vea envuelto en condiciones de vulnerabilidad como la drogadicción y la participación en la delincuencia (Nogueira et al., 2012, p. 791)⁶.

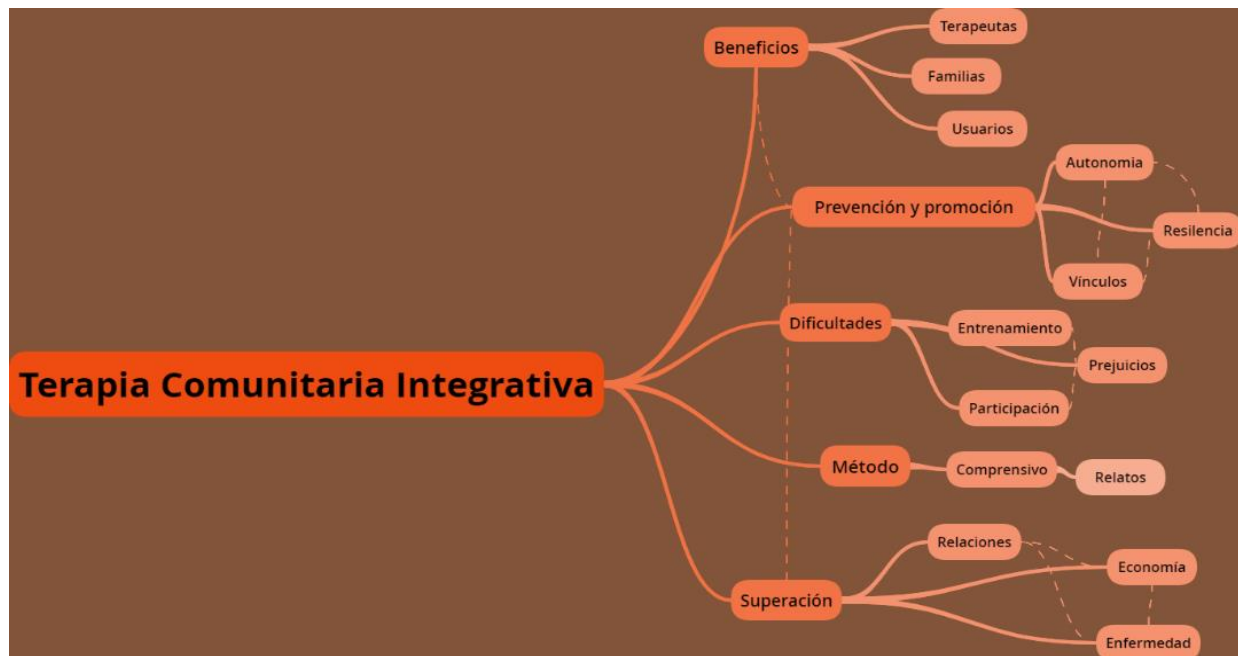
La interrelación también está dada entre las categorías de los diferentes órdenes. El hecho de proporcionar beneficios a varias poblaciones indica un efecto en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, lo que concede una serie de contribuciones a sus participantes y facilita la superación de diversas problemáticas. Es posible ver estas correlaciones en el siguiente mapa mental (Figura 1) que refleja los conceptos más frecuentes en las indagaciones. Además de las relaciones planteadas, es posible apreciar que el uso de relatos fue uno de los principales insumos

⁶ Traducción el libre (portugués)

para el análisis de las investigaciones, recolectados por medio de diversas herramientas. Ellos daban cuenta de un predominio de metodologías comprensivas, siendo el método más propicio por las características de la terapia.

Figura 1

Convergencia entre categorías



8 Discusión

8.1 Cumplimiento de los objetivos de la TCI

Los objetivos que el creador de la TCI planteó en un inicio para la práctica de esta herramienta muestran convergencia con los hallazgos ya presentados. Algunas investigaciones (Jean et al., 2020; Macedo et al., 2020; Otaviano et al., 2020) dan a entender una mejoría en la autonomía de los participantes, un incremento en su alivio de condiciones físicas y psicológicas, y un notable empoderamiento y desarrollo personal, lo que indica un fortalecimiento en la dinámica interna de los sujetos, un aumento en la autoestima individual y colectiva, y un reencuentro con la confianza de cada individuo por medio de su capacidad de evolucionar y desarrollarse como persona, siendo los primeros tres objetivos que Barreto propone para la terapia (2012). Otro de los propósitos es valorizar el papel de la familia y de la red de relaciones que ella establece con su medio, alcanzable gracias a la importancia de la TCI dentro de la ESF y por ser una herramienta que mejora los vínculos sociales, lo que también contribuye a la realización de los objetivos que sugieren suscitar la identificación con los valores culturales y favorecer el desarrollo comunitario, previniendo y combatiendo las situaciones de desintegración de los individuos y de las familias.

Esos dos últimos puntos también son evidentes en la medida en que los usuarios comienzan a considerar a la comunidad que los rodea como una plataforma para enfrentar su malestar. Lo cual está complementado con el hecho de que la terapia busque promover y valorizar las prácticas tradicionales que son detentoras del saber hacer y guardianas de la identidad cultural, explícito en la base teórica de la antropología cultural que fundamenta la práctica; es por esto que la TCI hace uso de juegos, palabras, canciones, actividades, etc., que son propios del contexto de los encuentros. Asimismo, lo anterior se acerca a poder impulsar la participación para dinamizar las relaciones sociales, promoviendo la concientización y estimulando el grupo, a través del diálogo y de la reflexión. Sumado a la intención de hacer posible la comunicación entre las diferentes formas del saber popular y saber científico, la TCI enfatiza en la atención horizontal, donde el terapeuta puede llevar el curso de la sesión, pero es por medio de la participación de la comunidad que se descubren soluciones y el alivio del sufrimiento.

8.2 Importancia del contexto en la práctica de la TCI

En los hallazgos sobre las dificultades de la implementación de la terapia, los lugares en la aplicación de la terapia y la población objeto de estudio en las investigaciones revisadas se señaló que las características del contexto son un elemento importante en la TCI, por el tipo de público que llega a las ruedas, los espacios donde es desarrollada y los posibles problemas con los que se puede enfrentar cuando no hay una adaptación adecuada de ciertos aspectos, afectando la participación en los encuentros. Al momento de la planificación es necesario considerar las prácticas culturales e indicadores sociodemográficos, como el nivel socioeconómico, el sexo, la edad, escolaridad, etc. En la revisión realizada fue posible visualizar los múltiples contextos donde la TCI tiene cabida, teniendo claro que por contextos no se hace referencia exclusivamente a la población participante; por el contrario, engloba un asunto más amplio que implica el lugar físico, y las particularidades socioculturales, entre otros; que permiten complejizar el término a otras características que convergen en el escenario de la implementación e investigación de la terapia.

El análisis de esas dimensiones permite adaptar detalles importantes. Uno de ellos es la terminología utilizada, dado que para la existencia de una relación horizontal es necesario eliminar denominaciones que puedan ser ofensivas o poner en una posición inferior a la otra persona. El título que empleamos para nombrar al otro que busca algún servicio o mejoría implica la atribución o negación de ciertas cualidades. Cual sea el calificativo que se use dentro de la terapia, debe dar cuenta de la dotación que el otro tiene en calidad de sujeto autónomo con las suficientes facultades para superar su malestar, y no contribuir a la mirada de los individuos como objetos de mercado (Lemus et al., 2017). Siguiendo el asunto de las expresiones, dentro del desarrollo de los temas que los usuarios manifestaban fue posible encontrarse con denominaciones como depresión, estrés, ansiedad, entre otros. Estos son términos empleados dentro de algunas áreas de la salud, integrados en conversaciones cotidianas, lo que ha dado lugar a significados disímiles. Teniendo en cuenta que ya se han mencionado las diferencias socioeconómicas y educativas dentro de los contextos de las ruedas, es necesario que haya una descripción por parte de la persona que los emplea para tener un marco similar y facilitar la posible identificación con las temáticas de los otros participantes cuando suceda la elección del tema.

El concepto de estrés ha sido ampliamente utilizado en los días actuales, llegando incluso a convertirse en parte del sentido común pasando a ser responsable de casi todos los males que afligen las adversidades del día a día, principalmente en el transcurso de la vida moderna (Alves et al., 2013, p. 158).⁷

La cita anterior es una muestra de cómo terminologías que en un momento eran de un campo clínico fueron integradas en conversaciones cotidianas. Al hablar sobre las estrategias de superación que fueron mencionadas en las ruedas de TCI, ya se mencionaba la importancia de incluir las tradiciones de las comunidades; aquí entra en juego el lenguaje que es utilizado y la integración de los recursos culturales, dado que permite la inclusión del mundo de los terapeutas al de los pacientes. En la mayoría de las situaciones estos últimos elementos suelen emplearse durante la bienvenida y el cierre, sin embargo, algunas investigaciones (Camarotti et al., 2012; Fernandes et al., 2011; Tavares & Ferreira, 2011) dan cuenta de cómo podrían ser usados en cada una de las etapas. El terapeuta no es el único que propone estos elementos, la misma comunidad llega a ofrecer ideas, concediéndoles un papel mucho más activo. La aceptación de los aspectos culturales es acoger una dimensión importante en la configuración de la identidad de cada individuo. Por eso, la TCI busca una reconciliación de estas características con el mundo profesional, brindando una atención más integral, sin imponer un conocimiento científico en una comunidad y reconociendo su saber práctico.

Como fue mencionado anteriormente, el tipo de población hace parte de los aspectos contextuales que deben tenerse en cuenta. La TCI surgió como una estrategia de inclusión social y apoyo para la salud mental de la población (Alves et al., 2013). Esta comenzó con la atención brindada desde el proyecto 4 Varas, en la favela de Pirambú, de la ciudad de Fortaleza, dirigido hacia los excluidos, víctimas de miseria humana y abandono (Barreto, 2012). Los derechos elementales eran negados y el proyecto fue progresando hasta brindar un servicio de prevención y cuidado psicológico que configuró la TCI. Después esta herramienta fue desarrollada en otras favelas, donde había menos implicación de diferentes entidades para brindar servicios de salud mental de calidad y pensados desde la comunidad. La TCI permitió impactar en estos aspectos gracias a su valor humanitario e incluyente. Barreto expresa que la población objetivo de la TCI son “grupos de personas que viven en contexto de desagregación y de exclusión social,

⁷ Traducción el libre (portugués)

frecuentemente agravado por las migraciones forzadas” (2012, p. 23), pero hace la claridad que, según la experiencia, puede ser aplicada a diferentes personas.

Al realizar una lectura por los rasgos de la gente que compone los grupos de las ruedas de conversación analizadas en los estudios explorados, es perceptible un predominio de la participación de mujeres respecto a la de los hombres, lo que es recurrente en la mayoría de los servicios sanitarios (Esquinas et al., 2001). Existen algunas explicaciones para que se dé de esta manera: las necesidades dispares de atención, un patrón distinto de comportamiento con la enfermedad o factores estructurales e institucionales que facilitan u obstruyen el acceso a la salud (Gómez, 2002). En una de las investigaciones analizadas se ha planteado que el hecho de que las mujeres enfrenten más eventos de diversificación de actividades diarias, una menor remuneración que los hombres y pérdidas más constantes en trabajos, hace que busquen grupos como los formados en la TCI para encontrar el apoyo social que necesitan. No obstante, es un hecho que a los hombres se les ha enseñado una manera distinta de lidiar con sus emociones, castigándolos por compartirlas y señalándolos de débiles si lo hacen; esta investigación sugiere que esto les dificulta hablar sobre sus miedos frente a un grupo de personas (Fernandes et al., 2011).

8.3 Mejora de dificultades en la terapia

Al momento de analizar la implementación de la terapia fueron encontradas algunas dificultades. Una de ellas es la poca participación dentro de las ruedas de TCI; para facilitar este aspecto es necesario observar el panorama de quiénes estarían dispuestos o no a hablar durante las sesiones y promover una buena educación previa para promocionar la búsqueda de ayuda. Esto promovería la adhesión de los participantes, asunto problemático en algunas implementaciones (Ferreira & Albernaz, 2010). Cada comunidad posee una serie de creencias sobre la comunicación de sus problemas. A pesar de que actualmente hay diferentes procesos para la difusión de estrategias que faciliten la comunicación de problemáticas diarias en las comunidades, Barreto advierte que:

Es preciso entender que, en las comunidades de bajo poder adquisitivo, es difícil guardar secreto sobre lo que sucede en el cotidiano de una familia y de una comunidad. Y es exactamente cuando la información es escamoteada, maquillada, negada, escondida, que

ella se vuelve chisme y pasa a ser fuente de sufrimiento para las personas. La información, en las manos de algunas personas, se usa para dominar, imponer, criticar y destruir familias, alimentar intrigas y dificultar el crecimiento colectivo. (2012, p. 37).

Al tener en cuenta esto son comprensibles ciertos procesos de resistencia que pueden experimentar las personas con los encuentros en las ruedas de conversación, por lo cual es necesario que se haga una rigurosa reflexión ética, evitando que la información suministrada en la terapia sea utilizada en contra de sus participantes. Junto con esto debe haber el esfuerzo por una formación en los profesionales sobre las bases teóricas y el funcionamiento de la terapia, que permita eliminar prejuicios, y crear un panorama de confianza en los usuarios para una mayor adhesión. Junto con esto, es prudente reconocer las limitaciones de la terapia. A pesar de que los testimonios manifiestan una sensación reconfortante al participar de este tipo de sesiones, habrá personas que no estén interesadas en las dinámicas grupales.

Entendiendo que hay preferencias individuales por hablar de los problemas en una relación más íntima, es aconsejable dirigir estos casos a un profesional de la psicología y pedir que la persona hable con el grupo aquello de lo que sienta que puede compartir con mayor seguridad (Barreto, 2012). Lo anterior hace parte de algunos puntos que, a pesar de que no se plantean en la metodología base de la TCI, es necesario tenerlos presentes, ya que, al momento de reflexionar sobre la implementación, su ausencia fue percibida como un obstáculo en la realización de las ruedas. Otro aspecto para tener en cuenta es un espacio físico adecuado para la implementación de la terapia. A pesar de que no es necesaria una estructura con herramientas especializadas, un salón destinado solo a este tipo de grupos facilitaría la creación de un ambiente de confianza (Ferreira & Albernaz, 2010). Por otra parte, es prudente generar una correcta formación previa de los terapeutas, debido a que, en algunos de los artículos revisados, se plantea que la ausencia de esto obstaculiza la preparación del equipo para la coordinación efectiva y una acertada comunicación (Leite et al., 2011).

En determinados contextos, los usuarios son incapaces de seguir las reglas del grupo, tienen dificultades con su propuesta más lúdica o tienen dificultades para comprender el papel del

profesional de la salud cuando ocupa el lugar del terapeuta comunitario. (Padilha & Ferreira, 2012, p. 1076)⁸

Además, debe mejorarse la acogida de la TCI por parte de los profesionales, ya que de acuerdo con estos existen diversas razones para el rechazo. Algunos autores (Padilha & Ferreira, 2013) analizan que los terapeutas que hacen parte de la Atención Primaria ejercen una práctica grupal menos horizontal, a diferencia de los profesionales de Atención Secundaria, como los de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). La preparación laboral incide en la forma de ver y tratar a los demás, y aún existe un predominio de un modelo biomédico que ve al usuario del servicio de salud como cliente, y menosprecia el conocimiento previo que posee de su “enfermedad”. Siguiendo el punto anterior, algunas habilidades deben tenerse en cuenta al momento de llevar la terapia a cierto público. Durante la pandemia, ya se mencionó que las ruedas mudaron a plataformas digitales, esto funcionó para el acompañamiento y la expresión de las consecuencias que el aislamiento social estaba dejando en la población. No obstante, hay que tomar en consideración que en grupos de ancianos pueden presentarse dificultades, dado que es posible que ellos posean pocas habilidades en el manejo de nuevas tecnológicas, o por la falta de una herramienta que permita la conexión, y de recursos para pagar un plan de internet (Salcedo et al., 2020).

Otro de los elementos que sería posible examinar es la escogencia del terapeuta. Barreto describe unas condiciones mínimas, entre las que se encuentra ser seleccionado por la comunidad; sin embargo, dentro de los trabajos indagados no hay una mención a esto. Por otro lado, al ser la TCI una herramienta que brinda una atención preventiva grupal, existen patologías de una alta gravedad que no alcanza a cubrir, o algunas necesidades individuales especiales que no llegan a ser resueltas en los espacios que ofrece; por tanto, es prudente tener una red para derivar este tipo de casos que puedan presentarse durante las ruedas. Diferentes aspectos que han sido elementales para la correcta implementación de la TCI son la gestión estatal o gubernamental, la definición del tiempo mensual o semanal que requiere la terapia, la adaptación del nombre y las dinámicas según la población a la cual va dirigida.

A pesar de las dificultades en algunas implementaciones, diversas experiencias mostraron elementos facilitadores para la terapia, como son: “receptividad de los usuarios y otros

⁸ Traducción el libre (portugués)

profesionales del servicio; vinculación previa de los usuarios al servicio; presencia de un profesional que ayude a liderar el grupo y apoyo de la dirección local” (Padilha & Ferreira, 2012, p. 1077). La apertura de las instituciones fue variante en los diferentes contextos en los que estuvo presente la terapia. Hubo casos donde los profesionales propiciaban sitios oportunos, actividades de promoción previas a las ruedas, la habilitación de terapeutas y la inclusión, en las instituciones educativas, de este tipo de modelos. Estos elementos favorecieron una adecuada implementación de la terapia.

Una diferencia que tuvo la TCI con otras intervenciones fue volver la mirada hacia las exigencias de las personas, sin imponer alguna necesidad; fueron los participantes quienes propusieron los temas de los cuales se hablaría durante los encuentros. Los terapeutas podían hacer un análisis de las carencias de un sector poblacional y escuchar aquellos imperativos de una comunidad, evitando imponer requisitos de un modo de vida que no está adaptado al contexto. Esto no solo demuestra ser una fortaleza que contribuiría a la psicología comunitaria, sino también para la salud pública, con miras de prestar una asistencia adecuada. La idea de lo precedente es poder ir más allá de la patología o de un diagnóstico impuesto. Las acciones de los servicios de salud suelen estar centradas en las debilidades de un individuo. Por el contrario, con la TCI se busca resaltar las potencialidades de la persona y la comunidad a la que pertenece, y desde allí crear soluciones y una participación colectiva para las dificultades. Lo anterior le apuesta a la autonomía de la población con miras a desprenderse del modelo convencional en salud que genera dependencia del sistema en múltiples sentidos.

Así como existieron dificultades durante la implementación de la terapia, también lo hubo en las fases de la indagación. Algunos investigadores manifestaban una dificultad para mantener la distancia entre sus conocimientos ya adquiridos, lo que obstruye el análisis de la interacción en las ruedas observadas (Giffoni & Santos, 2011). Otra limitación eran las muestras pequeñas y grupos con características específicas. Para la correcta sistematización de los procesos y sus resultados es recomendable la indagación por otros matices y diferentes colectividades (Guimarães, et al., 2020; Rodrigues, 2017). Sin embargo, es posible apreciar que los estudios realizados eran propuestos con diversas poblaciones, lo cual permite visibilizar el amplio campo de la terapia y rescatar los diferentes aportes brindados a los participantes.

Un número escaso de terapeutas pueden estar involucrados en la divulgación científica, lo que es visto por algunos de los autores revisados como una debilidad, dado que implica una poca

cantidad de artículos y fragilidades metodológicas de los trabajos disponibles en la literatura sobre el tema (Lemes et al., 2020; Padilha & Ferreira, 2013). Finalmente, de acuerdo con el material de análisis, había poco apoyo de instituciones para las investigaciones de la TCI, debido a la limitada confianza en estos procesos (Zem et al., 2020). De estas críticas puede concluirse que una correcta implementación de la terapia va de la mano con la posibilidad de seguir investigando sobre el progreso y con el fortalecimiento del sustento en producciones científicas encaminadas a evidenciar los resultados de la TCI.

8.4 Aplicabilidad de la TCI dentro de la psicología y en Colombia

En Colombia ha sido evidente una afectación en la salud mental. Una de las conclusiones de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, fue que el 11,7 % de la población infantil entre 7 y 11 años ha estado expuesta a algún evento traumático, y de ellos el 38,6 % podrían tener algún problema psicológico secundario. Sobre los adultos, uno de cada cinco con algún trastorno mental cumple criterios para dos o más de estos durante toda la vida, sin embargo, fue en las mujeres donde hubo mayor evidencia de comorbilidades. Junto con esto, la ideación suicida está presente en todos los rangos de edad, y tanto los adultos como los adolescentes tienen el mismo riesgo de presentar esta conducta (Gómez-Restrepo, 2016).

Esto se ve agudizado por un contexto socioeconómico y educativo desigual. Según la encuesta, los trastornos mentales que fueron medidos eran más frecuentes en población con un índice de pobreza mayor. Una de sus conclusiones fue que las personas que viven en estas condiciones o tiene bajo nivel educativo tienen una menor calidad de vida relacionada con salud que los que viven en situación de no pobreza o tienen nivel superior de estudios (Gómez-Restrepo, 2016). A pesar de que esta encuesta nos da luces sobre las problemáticas más frecuentes en salud mental, está desactualizada, teniendo en cuenta que fue hace más de seis años, los cambios políticos de los últimos años y las consecuencias que la pandemia por Covid-19 dejó en los ciudadanos colombianos.

No obstante, desde las publicaciones de los diferentes decretos que obligaban a un distanciamiento físico y redireccionaban las actividades presenciales a modalidades virtuales, hubo un interés por cómo esto afectaría la salud, lo cual se traduce en la proliferación de diferentes estudios. Uno de ellos, realizado en ciudades de Colombia donde existían mayor número de casos

de Covis-19, reveló que, entre abril y mayo del 2020, las cuatro principales afectaciones en la salud mental fueron nerviosismo, cansancio, inquietud o rabia, y las edades más afectadas están entre los 18-29 años y 30-39 años; el estudio también revelaba que Medellín fue la ciudad donde más personas afirmaron tener alguna enfermedad mental en la actualidad o en los últimos seis meses (Cifuentes-Avellaneda et al., 2020).

Esto deja ver cómo una gran parte de la población se ve afectada, los cambios abruptos en los estilos de vida, ocasionados por esta contingencia, implican a largo plazo una consideración desfavorable para la calidad de vida en diversos grupos poblacionales. Adicionalmente, pueden considerarse las cuestiones del poco acceso y prioridad a los servicios de salud mental, esto implica escasez de psiquiatras, concentración de profesionales en salud mental en algunas ciudades, y la imposibilidad de acceder a terapias psicológicas específicas, porque no son contratados por las instituciones de salud, reduciendo la posibilidad de obtener este tipo de servicios para la gran parte de la población (Rojas-Bernal et al., 2018).

En el caso de Antioquia, según un informe, el Hospital Mental María Upegui, en el 2021 realizó 153 consultas por día, es decir que alcanzó unas 55.200 al año (Valencia, 2022), mostrando el aumento de los problemas en salud mental. Solo en lo correspondiente al suicidio, para 2022, ese mismo reportaje habla de un caso por día en el departamento, con fecha de corte a mayo. En el 2021, las consultas para diagnósticos en salud mental en Medellín aumentaron 213%. Esto está superando la capacidad de atención de los servicios. En las Empresas Promotoras de Salud los usuarios pueden esperar meses o años para recibir una cita con algún especialista en salud mental. Este panorama conlleva la implementación de estrategias efectivas y económicas para brindarle a la población los servicios que requieren.

Tanto en Brasil como en Colombia el derecho a la salud es explícito, pero esto no implica un servicio óptimo. La inequidad por ingresos económicos es uno de los mayores obstáculos para el acceso a la salud y está presente en ambos países. En estos continúa una perspectiva individualista del derecho a la salud, impidiendo modificaciones políticas y sociales para disminuir las inequidades estructurales del sistema, enmarcando la necesidad de una distribución más equitativa de los recursos (Vélez & Patiño, 2019). Sin embargo, en Brasil, ha existido un auge de diversas estrategias que buscan el cambio a una atención más participativa y menos asistencialista, sintonizando con políticas que promueven el desarrollo social y comunitario de la población. Algunos programas ya se han venido mencionando como la ESF o los CAPS, también existen los

CRAS (Centros de Referencia de la Asistencial Social), dispositivos territoriales de base comunitaria que son producto de la política de asistencia social (Barreto et al., 2011). En todos los anteriores la TCI tiene injerencia, actúa como un mecanismo que busca un compartir entre las comunidades y disminuir las diferencias para el acompañamiento de las familias atendidas. Uno de los mayores desenvolvimientos de la terapia fue en la ESF. Aquí la enfermería cumple un importante papel, posible razón para haber encontrado, en el trabajo actual, un número mayoritario de investigaciones desde esta disciplina. Dentro de las ocupaciones del equipo enfermero se encuentran: la asistencia integral, la coordinación de las acciones de los agentes comunitarios, realizar actividades de educación permanente, administrar los insumos adecuados para el funcionamiento de la unidad de salud de familia, entre otras (Nogueira, 2012).

Esto les lleva a tomar diferentes estrategias para el desarrollo de sus tareas, por lo tanto, la TCI es una herramienta que resulta útil tanto en la atención de demandas en cuestiones de salud, como en el desarrollo de actividades educativas, evidente en los hallazgos sobre los lugares de la implementación de la terapia. Este tipo de provechos podría beneficiar a los diferentes profesionales del área de la salud, tanto en Brasil, como en otros países. Al dirigir la mirada a los referentes teóricos empleados, fue indudable la relevancia que cobró Adalberto Barreto. Su libro *Terapia comunitaria paso a paso*, donde realiza una presentación teórica y metodológica de la TCI, fue referenciado con frecuencia. No obstante, el trabajo de otros autores también se ha constituido en un referente importante: María de Oliveira Ferreira Filha, Fernanda Jorge Guimarães y Maria Djair Días, investigadores de la Universidad Federal de Paraíba y terapeutas comunitarios. La mayoría de estos tienen una base profesional de enfermería.

A pesar de que esta fue la profesión que más tuvo injerencia en las publicaciones encontradas, una de las disciplinas que podría descubrir ventajas en la terapia es la psicología. No obstante, hay una falta de interés por parte de los estudiantes en temas relacionados con la salud pública. El ideal que se tiene de la profesión está desligado del desarrollo de un campo preventivo y comunitario. La psicología es una disciplina relativamente reciente, que tuvo su apogeo bajo un modelo de intervención clínica, todavía predominante. Su inserción en el campo de la salud se dio por sus aportes en los aspectos psicológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad, sin embargo, por su breve historia está en constante clarificación de su práctica. Gracias a este recorrido, los estudiantes inician la carrera, imaginando su actuación desde un consultorio

individual, dejando por fuera de sus ideales el acompañamiento a comunidades, desvinculándose de su contexto social y desinteresándose por la intervención en este (Fuentes-Rojas, 2011).

La profesora Marta Fuentes, quien dirigía el curso de Salud Colectiva dentro del programa de psicología en la Universidad Estadual de Campinas, aboga por una mayor inclusión de este tipo de materias en las universidades. Durante los tres años que dirigió esta asignatura tuvo que luchar con el prestigio otorgado a las prácticas clínicas, las cuales contaban con mayores cargas horarias y contenidos (Fuentes-Rojas, 2011). Dentro de los currículos faltan asignaturas que estén dirigidas a la acción comunitaria. En el interior de ellas, el foco estaría en rescatar las potencialidades de la comunidad, generando estrategias para grandes números de personas y priorizando la promoción y prevención por medio de actividades educativas.

En las investigaciones revisadas son integradas pocas teorías de psicología. En una de ellas hubo un abordaje desde el paradigma ecológico de la psicología comunitaria (Zambrano & Dávila, 2018). Esta teoría plantea que ser ecológico significa tener un papel activo en el contexto, generando una transformación en el entorno para mejorar las condiciones de vida. La psicología comunitaria ha adaptado teorías que han tenido su origen en prácticas sociales, puesto que estas contienen la especificidad del entorno donde el comportamiento se produce (Saforcada & Sarriera, 2008). Pensar en términos de ecología es advertir la interdependencia de los sistemas que nos rodean. El paradigma ecológico brinda una visión más holística de la realidad. Los fenómenos psicosociales son considerados multidimensionalmente, respetando la complejidad e interrelación de estos.

La TCI busca empoderar a los ciudadanos para que ellos mismos sean los actores de ese cambio que desean lograr, con el fin de conseguir un mayor bienestar. A partir de la identificación de la situación que va a ser tema en cada rueda y la creación de estrategias en conjunto, los participantes empiezan a actuar desde la empatía y la colectividad, creyendo en el beneficio comunitario, lo cual enmarcaría a la terapia en el paradigma mencionado anteriormente (Zambrano & Dávila, 2018). Hay una serie de principios relacionados con los objetivos de la TCI (Saforcada & Sarriera, 2008); por un lado, se contempla la existencia de una interdependencia entre los diferentes sistemas, en la medida en que la TCI incluye la participación de la comunidad y su contexto cultural en las ruedas. En segundo lugar, está la consideración del proceso continuo de adaptación y competencia del comportamiento ante diversas situaciones de la historia de la comunidad. Esto relaciona un tercer principio que habla del análisis del contexto histórico de una

población. En las ruedas está la oportunidad para comprender los conflictos de las personas a partir de sus propios relatos y generar estrategias en un grupo que permitan su enfrentamiento. Por último, este modelo nos habla de la circularidad de los recursos. Los sistemas están en constante intercambio y en las ruedas comunitarias el aprendizaje no es vertical, hay una construcción de saber en todas las direcciones, donde los terapeutas también se benefician del conocimiento de la comunidad.

El paradigma ecológico permite explicar cómo la inclusión de la TCI serviría dentro de las teorías psicológicas con propósito de mejorar la salud mental. A pesar de que el creador de la TCI no concibió unos requisitos disciplinares para la formación como terapeuta, la psicología podría enriquecerse al ampliar su mirada sobre la prevención y la promoción. Los psicólogos comunitarios se sumergen en el contexto donde van a actuar, favoreciendo la familiarización con este, al mismo tiempo que las personas lo pueden hacer con ellos (Saforcada & Sarriera, 2008). Lo anterior crea intervenciones con objetivos más claros y pertinentes, propiciando una mayor contribución para la mejora de las problemáticas.

La TCI atravesó fronteras geográficas y disciplinares. A pesar de existir diferentes contextos culturales en Latinoamérica, algunas circunstancias llegan a ser semejantes, convergen entre sí. La mayoría de países de la región comparten el predominio de una postura biomédica para el trabajo socio-comunitario, la poca coherencia entre las demandas institucionales y de las poblaciones, junto con la falta de adaptaciones del sistema de salud a cierto tipo de comunidades (Zambrano & Dávila, 2018). No obstante, la apertura a nuevas miradas en estos últimos años ha dado pie para que en contextos latinoamericanos se consideren intervenciones pensadas con la comunidad, lo que está posibilitando cada vez más la expansión de la TCI.

9 Recomendaciones del estudio

Teniendo en cuenta los puntos anteriores, es prudente reconocer algunas particularidades que no fueron consideradas en los trabajos analizados, pero que favorecerían la información actual sobre la TCI. Un primer asunto tiene que ver con el requerimiento de estudios longitudinales para ver los efectos a largo plazo y detectar diversos aspectos que pueden influir en los resultados. Poniendo el caso de los participantes de una asociación de diabéticos que encontraron alivio de sus síntomas físicos luego de varias sesiones de TCI, en este estudio es clarificado que existe otra serie de elementos que intervienen en el proceso de mejora, como pueden ser los hábitos de vida, el autocuidado y la alimentación, por lo que concluir una relación de causalidad no es completamente válido (Vasconcellos et al., 2020). Sin embargo, gracias a este tipo de estudios, el efecto directo o indirecto en la salud de las personas participantes de las dinámicas de la terapia fue evidenciado en las investigaciones revisadas.

Siguiendo el punto de anterior, es prudente el abordaje de trabajos comparativos que permitan determinar diferencias y similitudes en las características de la metodología de la TCI, así como en los efectos que produce, debido a que no se han encontrado estudios que contrasten esta terapia con otro tipo de herramientas similares. De igual manera, en las investigaciones cuantitativas no hubo un grupo control que diferenciara los resultados, este proporciona la base para saber si el tratamiento tiene algún efecto, su exclusión impide tener datos válidos desde este modo de trabajo (Rye et al., 2016), por lo cual sería prudente hacer este tipo de contrastes para ver qué clase de factores pueden estar influyendo en el bienestar obtenido por sus participantes.

Un segundo elemento está relacionado con no haber evidenciado, en los estudios revisados, una profundización en las implicaciones éticas dentro de la terapia, lo que limitó el foco de atención a las normas éticas en las investigaciones. No obstante, cada disciplina tiene una acción e influencia en los otros y por tanto debe tener unos límites en sus prácticas, que usualmente son contemplados en los códigos de ética, lo cual falta evidenciar en la TCI de manera sistemática. Esto es primordial para analizar aquellos aspectos que sean o no moralmente aceptables, considerando los derechos de los otros y el efecto de la acción que cada método pueda tener, para de esta forma gestionar socialmente la promoción del bienestar de los ciudadanos. De manera global, hay unos principios éticos que deben ser tomados en cuenta, como los de la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia. Sin embargo, es importante integrar un entendimiento complejo e integral

de las influencias que una práctica, más aún cuando se considera terapéutica, puede estar generando en otros. Por este motivo, Gómez et al., nos propone abordar la ética como:

campo filosófico, discurso político, praxis social y educativa, puesto que sugiere pensar en el deber ser de la vida, la felicidad, las normas, la convivencia y todo tipo de relacionamiento entre humanos, naturaleza y culturas, centrada en la preocupación por los humanos y sus actos, al igual que por su incidencia en la forma de vivir. (2020, p. 13)

Siguiendo el punto anterior y planteando un tercer aspecto, es prudente ampliar la mirada a diferentes poblaciones que no fueron revisadas a profundidad dentro de las indagaciones. Una de ellas debería incluir a los menores de edad, dado que en los trabajos que nombraron la participación de niños, no hubo mayor ampliación en la intervención. Este tipo de indagaciones delimitaría los alcances de los beneficios de la terapia, las ventajas que podría tener, las posibles adaptaciones para este público específico y las dificultades que encierra este trabajo. Otra sería la consideración respecto a la población LGTBIQ+, a pesar de que Barreto manifiesta que la población objetivo de la terapia es aquella que ha vivido en un contexto de degradación y exclusión social, el público perteneciente a este grupo no fue mencionado en las muestras de los estudios. Es preciso tener en cuenta que esa población es constantemente golpeada por la sociedad, callada por sus manifestaciones y violentada de diferentes maneras. A pesar de haber un cambio en la conceptualización de la orientación sexual, es importante que los profesionales que prestan servicios de salud puedan prevenir cualquier clase de marginación y agravio hacia esta comunidad (Genise et al., 2019).

Los excombatientes son otro tipo de población con constantes estresores que repercuten a nivel emocional, cognitivo y conductual. Estas consecuencias prolongadas en el tiempo desencadenan patologías que afectan la calidad de vida de las personas. Los veteranos de guerras son los principales usuarios con diagnóstico de trastorno postraumático. Según un estudio realizado con excombatientes en Colombia, dentro del perfil psiquiátrico también es posible encontrar síntomas de trastorno de personalidad antisocial y trastorno disocial de la conducta (Tobón et al., 2016). La TCI podría ser una oportunidad para visibilizar sus necesidades en salud mental de forma accesible.

Alineado con lo anterior, las consecuencias de la guerra en Colombia dejaron a las víctimas del conflicto con profundas rupturas en sus vínculos, que afectan sus sentidos de vida individual, familiar y colectiva; las diversas identidades que pueden existir como ser campesino, indígena, líder social, defensor de derechos humanos, mujer, persona adulta mayor, lesbiana, gay, militante, habitante de un determinado territorio; y al igual que las diversas formas de relación y concepción del territorio también fueron perturbadas (Rengifo et al., 2022). La necesidad de tener una atención integral en salud mental es fundamental para esta población, más que todo con un enfoque que pueda concebir aspectos contextuales y culturales. Los objetivos de la TCI planteados anteriormente, permiten un acercamiento a estas necesidades y podrían convertirse en una alternativa para aliviar los impactos que tantos años de guerra han dejado en diferentes comunidades.

El panorama mostrado anteriormente permite una mirada amplia respecto a diferentes dimensiones que necesitan ser retomadas en futuros estudios sobre TCI, de la misma manera que los enunciados anteriores dan cuenta de vacíos en los estudios y la oferta de servicios en salud mental, lo que pone al descubierto el imperativo de abordajes comunitarios que tengan la oportunidad de brindar atenciones de promoción y prevención, que puedan llegar a disminuir las barreras actitudinales y geográficas el acceso a las asistencias necesarias, y que permitan ampliar la oferta de servicios, dado que según evidencia la Encuesta en Salud Mental de 2015 “La principal razón para no acceso a terapias para población infantil es la no disponibilidad de servicio, con un 90,4 %” (Gómez-Restrepo, 2016, p. 319).

Aunque existen políticas en salud mental que tratan de mejorar esto, aún falta camino por recorrer, tanto a nivel nacional, como internacional, dado que la inversión para el desarrollo en lo que tiene que ver con la salud mental no ha superado el 1% de toda la asistencia para el desarrollo en el ámbito de la salud (Brunier et al., 2020). Según un estudio de la OMS que abarcó 130 países, sobre el acceso a este tipo servicios durante la pandemia por Covid-19, “Más del 60% de los países señaló perturbaciones de los servicios de salud mental destinados a las personas vulnerables, incluidos los niños y los adolescentes (72%), las personas mayores (70%) y las mujeres que requieren servicios prenatales o postnatales (61%)” (World Health Organization, 2020). En sus conclusiones manifiesta que la integración y aumento de recursos financieros y humanos asignados para abordar la salud mental es un desafío importante que debe ser tomado seriamente. De acuerdo con el análisis realizado, la TCI podría hacer parte de estas herramientas gracias al favorecimiento

de la autonomía de las personas, que parte de una mirada integral y dinámica de la comunidad que propiciaría la reducción del sobreuso del sistema de salud, y beneficiaría la detección de problemáticas contextualizadas y la creación de soluciones pertinentes.

10 Limitaciones del estudio

Al igual que cualquier trabajo investigativo, el presente estado del arte sobre la TCI no está exento de la necesidad de ciertas mejoras para próximas indagaciones. Inicialmente sería pertinentes la inclusión de nuevas bases de datos que permitan encontrar nuevas investigaciones. Igualmente, dentro de los indicadores para la búsqueda se podrían agregar nuevos países por fuera de Latinoamérica. Como fue mencionado anteriormente la terapia ha estado conquistando nuevos países, más allá de Brasil e incluso de América; se han incluido proyectos en África, Francia, España, entre otros, cuyas experiencias podrían ser analizadas para generar nuevas conclusiones al respecto y determinar los aportes de esta herramienta por fuera del contexto latinoamericano. Esto va de la mano con la incorporación de otros idiomas dentro de las estrategias de búsqueda de biografía, buscando generar una base bibliográfica más amplia y enriquecida de experiencias.

Por otra parte, pensar en la integración de nuevas categorías al inicio, podría aportar una búsqueda más detallada y extensa sobre los elementos particulares de la terapia, y la manera como se desarrolla en la implementación de las diferentes experiencias. En este caso, incluir la categoría de la herramienta utilizadas dentro de las ruedas, las dinámicas que se desarrollan al inicio y al final de los encuentros y la presencia de los elementos culturales, podrían ser algunos temas que deberían estar en próximas averiguaciones sobre la TCI. A la par con lo anterior, sería pertinente tener en cuenta la evolución de la terapia y sus modificaciones, contemplando las variaciones que han surgido a través de los años y en los diferentes contextos del desarrollo de la terapia.

El actual trabajo tuvo un énfasis en trabajos investigativos ya documentados, por lo que hubo una ausencia de relatos de experiencias o implementaciones no desarrolladas en artículos o libros, que fortalecerían la exploración de la TCI. De igual modo, en el trabajo analítico no hubo un contraste con tratamientos que podrían estar relacionadas, como los grupos de apoyo u otras terapias grupales. Identificar las diferencias y semejanzas entre estas brindaría una comparación sobre su funcionamiento y las posibilidades de un trabajo conjunto con este tipo de procesos. Uno de los puntos claves para considerar es analizar la puesta en marcha de esta técnica dentro de diferentes comunidades y niveles de atención. Debido a los límites de tiempo de la actual investigación, no era posible generar una exploración empírica para conocer cuáles era los resultados de implementación en contexto cercanos, como los sugeridos dentro de las recomendaciones, hecho que pudiera nutrir fuertemente los hallazgos presentados.

11 Conclusiones

Al inicio del estudio fueron planteados cuatro objetivos específicos que guiaron la creación de las categorías iniciales para el análisis. Durante la clasificación de los textos surgió la necesidad de crear nuevas categorías con el fin de lograr una exploración más profunda. Gracias a estas, una de las cosas que podemos concluir es que la terapia ha sido nombrada de múltiples maneras a lo largo de su historia, sin embargo, no hay una diferencia significativa en la estructura y bases teóricas. Por otra parte, las técnicas de recolección de información y las metodologías implementadas fueron variables, no obstante, hubo una preferencia por métodos cualitativos, priorizando el carácter comprensivo y explicativo que buscaba dársele a las indagaciones. Muchas de las técnicas fueron desarrolladas a partir de la terapia misma, siendo una ventaja al estar en la misma dirección de su marco de acción, como el Cuestionario de Eficacia de la TCI y el Sistema de Registro *Alti*. A pesar de que hay un intento predominante por estudios con un carácter más interpretativo, es importante considerar indagaciones sobre la efectividad de la terapia en sus participantes. Para ello es preciso contar con muestras con un número mayor de sujetos y datos recolectados a largo plazo, con el objetivo de ver los posteriores beneficios de la TCI.

Por otro lado, el tema de la atención primaria fue uno de los ejes centrales de los estudios. De acuerdo con estos, las potencialidades de la terapia llegan a evitar el empeoramiento de problemáticas que afectan la vida de las personas y detectar cuestiones que necesitan de ayuda especializada. Fue interesante descubrir investigaciones que decidieron centrarse en las contribuciones al papel civil y político de los participantes. Estos llegaron a reconocerse como agentes de un cuerpo social que hace parte de sistemas de relaciones. Además, alcanzaron una transformación personal y comunitaria, junto con la apropiación de la identidad cultural. Desde sus inicios, la terapia fue pensada para personas que han sido excluidas del sistema, sin oportunidad de acceder a beneficios, y, por tanto, a una atención en salud mental de calidad. Los participantes que más frecuentaron las ruedas eran mujeres y ancianos. Para las primeras ha sido notorio cómo la sociedad les desacredita su participación ciudadana, reduciéndolas a trabajos domésticos y limitando su alcance profesional.

Por el lado de los adultos mayores, están expuestos a variables que pueden empeorar su salud mental. El abandono, la vivencia de diferentes duelos, los conflictos familiares, la dependencia física, el agudizamiento de enfermedades y las preocupaciones por el futuro, son

algunas de ellas (Bermúdez, 2014). La terapia ha demostrado ser una herramienta flexible tanto en los usuarios que acceden a ella, como en los espacios donde puede llevarse a cabo, llegando a polos formadores, centros de salud, hasta instituciones educativas. Por este motivo, es recomendable explorar su implementación en el contexto colombiano, al cumplir con características similares a Brasil y al verse necesitado de espacios para la promoción de la salud mental.

Gracias a ser un instrumento de bajo costo, cuya capacitación podría brindarse en poco tiempo y que da lugar a la apropiación de elementos culturales de cada territorio, podrían beneficiarse de la TCI las zonas rurales o los barrios de las periferias; estas son algunas de las poblaciones olvidadas por el Estado donde el sistema de salud es insuficiente. Además, el trabajo con estas comunidades podría ser una oportunidad para profundizar el estudio de la terapia en otro tipo de colectividades como excombatientes, víctimas del conflicto armado, personas pertenecientes a la comunidad LGTBIQ+ y niños, y para generar un acceso efectivo a servicios de salud mental. La salud es más un derecho que un bien, es necesaria para la participación de los ciudadanos en la sociedad, al garantizar su bienestar, seguridad y felicidad (Vélez & Patiño, 2019). Una salud integral no puede ser alcanzada sin una correcta salud mental, y la TCI es una estrategia que mejora las condiciones de acceso a servicios sanitarios con el objetivo de llegar a una aceptable calidad de vida de los pobladores de una comunidad.

Con una formación en TCI es posible tener herramientas para la intervención con otros y, al mismo tiempo, generar impactos en la vida personal. La TCI amplía la visión del profesional “ambos se benefician: la comunidad al generar autonomía e inserción social y los profesionales al curarse de su autismo institucional y profesional; así como de su centralismo académico” (Barreto, 2012, p.41.). En algunas averiguaciones resaltaron los problemas presentados durante las ruedas, lo cual evidenció las influencias contextuales y las relaciones entre los mismos. Los conflictos familiares destacaron, pero a estos les subyacían otros como los problemas económicos o la presencia de violencia o discriminación. Debido a la complejidad de algunas de estas situaciones relatadas, ciertos casos podrían beneficiarse de un acompañamiento multidisciplinar.

En el transcurrir de las ruedas, el momento donde había un compartir sobre estrategias, los mismos participantes aportaban sus ideas, quedando claras las potencialidades de la comunidad y su utilidad en la resolución de las dificultades. Esta virtud permite construir caminos hacia la cura de enfermedades psíquicas y sociales, desde y para la sociedad. A pesar de estos aportes, fueron evidentes algunas dificultades para la implementación de la terapia, las principales estuvieron

relacionadas con la falta de una mayor apertura a estas nuevas estrategias, impidiendo la consolidación adecuada dentro del sistema de salud, agregándole, además, la poca iniciativa por campañas informativas previas con el fin de dar a conocer la TCI.

Las consideraciones éticas que fueron halladas comprendían aquellas normas o protocolos para la investigación, que dependían del lugar de implementación. Sin embargo, solo un artículo analizó la relación de la terapia con la norma vigente en Brasil para la investigación en seres humanos. Considerando lo anterior, quedan vacíos sobre las deliberaciones éticas que deberían estar presentes en las distintas fases de la TCI. Estas consideraciones necesitan ser entendidas para reconocer cuál debe ser el manejo más benéfico para los usuarios, y el trato que debe recibir la información suministrada dentro del espacio que se destine para un compartir de experiencias, donde hay datos personales, que como decíamos en puntos anteriores, puede ser utilizada en contra de las personas. Siguiendo este punto, los profesionales de todas las áreas, sobre todo de las ciencias sociales y de la salud, deben poseer unos estándares éticos para el trato con los otros, como lo mencionan algunos autores: “Desde una relación bidireccional, la ética concreta la profesión y, a su vez, el ejercicio profesional valida lo ético” (Gómez et al., 2020, p. 15). Por lo que, al ser una práctica novedosa y con múltiples beneficios encontrados, es prudente que la TCI se inscriba en esta labor para la consecución de un ejercicio con estándares claros de cómo funciona y por qué lo hace, teniendo claros sus límites y los principios éticos que contempla para generar el mayor beneficio y acciones sin daño para las comunidades que más se beneficiarían de ella.

Para finalizar, Latinoamérica ha sido un contexto importante en el desarrollo investigativo de la TCI. A pesar de su predominio en Brasil, otros países han adoptado esta metodología integrándola dentro de los servicios de salud mental. En Colombia aún falta una mayor exploración, pero podría llegar a ser una herramienta con bastantes aportes al considerar sus características históricas. Todavía existen algunos vacíos en los estudios; sin embargo, queda claro su posicionamiento como una estrategia preventiva y accesible para diferentes comunidades, pudiendo aportar al mejoramiento de la calidad de los servicios en salud mental brindados a la población.

Referencias

- ABRATECOM. (s.f.). *Onde Estamos*. Acceso el 13 de 06 de 2021, <https://abratecom.org.br/onde-estamos/>
- Aguiar, S. de M., Braga, E., Pimentel, L. de F., Barbosa, J., Dantas, C. C., & Ferreira, M. de O. (2013). Terapia Comunitária Integrativa: Análise Acerca Do Perfil Das Produções Científicas Em Congressos Brasileiros. *Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde*, 11(2), 32–42. <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v11i2.3242>
- Albernaz, M. (2018). *Terapia comunitária integrativa e família na perspectiva sistêmica novo - paradigmática: convivendo com o sofrimento psíquico* [tese de doutorado, Universidade Federal do Paraíba João Pessoa]. Repositorio Institucional da Universidade Federal do Paraíba, Centro de Ciências da Saúde <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/12306/1/Arquivototal.pdf>
- Alves, I., Alves, L., Tavares, L. de M., Barbosa, F., Ferreira, M. de O., Djair, M., & Oliveira, A. (2009). La terapia comunitaria como un nuevo instrumento de cuidado para la salud mental del anciano. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 687–694. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000500006>
- Alves, I., Nogueira, A., Alves, L., Ferreira, M. de O., & Djair, M. (2013). Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(3), 155–162. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000300020&script=sci_abstract
- Alves, L., Braga, V., Djair, M., Ferreira, M. de O., Nascimento, M., Menezes, M. H., & Alves, I. (2013). Community therapy and resilience: History of women. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 5(1), 3453–3471. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n1p3453>
- American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association (7a ed.)*. American Psychological Association.
- Barba, S. del C. (2018). *Prevención y Promoción en Salud Integral y Desarrollo de la Participación Ciudadana mediante la Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica*. Seminario Ministerial Sudamericano (SEMISUD).
- Barbosa, F. (2009). *A Terapia Comunitária como instrumento de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: avaliação da satisfação dos usuários* [dissertação mestrado, Universidade Federal da Paraíba João Pessoa]. Repositorio Institucional da Universidade Federal do Paraíba, Centro de Ciências da Saúde <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/5116>
- Barbosa, F., Ferreira, M. de O., Djair, M., Oliveira, A., Costa, I. do C. C., Rodrigues, É. A., & Torres, C. K. (2010). Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(1), 129–136. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100015>
- Barreto, A. de P. (2012). *Terapia Comunitaria paso a paso* (2nd ed.). Grafica LCR.
- Barreto, A. de P., Rivalta, M. C., Oliveira, D., Barreto, I. C. de H. C., & Pimentel, M. (2011). *Terapia Comunitária Integrativa na ESF/SUS*. Universidade Federal do Ceará, Ministério da

- Saúde, & Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. https://www.academia.edu/22384738/Terapia_Comunitária_Integrativa_na_ESF_SUS?auto=download
- Barreto, A. de P., Ferreira, M. de O., Zanoni, M., & Di Nicola, V. (2020). Integrative Community Therapy in the Time of the New Coronavirus Pandemic in Brazil and Latin America. *World Social Psychiatry*, 2(2), 103. https://doi.org/10.4103/wsp.wsp_46_20
- Barros, A. (2020). *Quase dois terços das favelas estão a menos de dois quilômetros de hospitais*. Agência de notícias IBGE. Fonte: <https://n9.cl/1u40q>
- Bermúdez, E. H. (2014). *Apoyo emocional a personas de la tercera edad desde la terapia comunitaria integrativa* [tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Quito]. Repositorio Digital de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7720>
- Braga, E., Cavalcanti, R., Pimentel, L. de F., Guerra, C. de S., Ferreira, M. de O., & Djair, M. (2013). Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. *Revista Brasileira de Pesquisa Em Saúde*, 15(3), 114–120. <https://doi.org/10.21722/rbps.v15i3.6333>
- Bramer, W., Rethlesfsen, M., Kleijnen, J., & Franco, O. (2017). Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: a prospective exploratory study. *Sys Rev*, 6, 245. doi:<https://doi.org/10.1186/s13643-017-0644-y>
- Brunier, A., Sharma, H., & Daniels, I. (2020). *Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental*. OMS. <https://n9.cl/pmg61>
- Buzeli, C. P., Lima, A., & Rocha, R. L. (2012). Promoção da Saúde de Estudantes Universitários. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, 03(1), 332–342. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555759>
- Camarotti, M. H., Santos, P., & Melo, R. (2012). A terapia comunitária integrativa aplicada aos jovens: parceria entre o mismec-df e o programa jovem de expressão. *Temas Em Educação e Saúde*, 8, 11–32. <https://doi.org/10.26673/TES.V8I0.9567>
- Capra, F. (1996). *La Trama de la vida*. Anagrama.
- Castro, R., Aline, C., Pereira, E., & Silva, M. B. (2016). Terapia comunitária sistêmica e integrativa como instrumento de avaliação e diagnóstico da saúde de servidores da secretaria de educação de Uberaba-MG. *Temas Em Educação e Saúde*, 12(1), 85–95. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6461351>
- Cavalcanti, R., Braga, E., Alves, L., Sousa, J. J., Silva, P. M. de C., & Ferreira, M. de O. (2013). Inclusão de pessoas em situação de sofrimento psíquico através da terapia comunitária integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7(11), 6317–6321. <https://doi.org/10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201301>
- Cifuentes-Avellaneda, Á., Rivera-Montero, D., Vera-Gil, C., Murad-Rivera, R., Sánchez, S. M., Castaño, L. M., Royo, M., & Rivillas-García, J. C. (2020). *Informe 3. Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.32144.64002>

- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2006). Ley 1090 del 2006. *Código deontológico y bioético de psicología*. Diario Oficial No. 46.383. Recuperado de http://colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006.pdf
- Colombia. Congreso de la República. (1982). *Ley número 23 de 1982: Sobre derechos de autor*. Diario Oficial. Recuperado de: https://propiedadintelectual.unal.edu.co/fileadmin/recursos/propiedad_intelectual/legal/Ley_23_de_1982.pdf
- Colombia. Ministerio de Salud (1993). *Resolución N° 008430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Diario Oficial.
- Comisión del acuerdo de Cartagena. (1993). *Decisión Andina 351 de 1993 (diciembre 17): Régimen Común sobre Derecho de Autor y Derecho Conexos*. Lima - Perú. Fonte: https://propiedadintelectual.unal.edu.co/fileadmin/recursos/propiedad_intelectual/legal/Decision_351_de_1993_CAN.pdf
- Conselho Nacional de Saúde. (s.d.). *20 Anos do SUS*. Acesso em 14 de junio de 2021, disponível em Ministério da saúde: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html
- Cordeiro, R. (2011). Terapia Comunitária Integrativa na estratégia saúde da família: análise acerca dos depoimentos dos seus participantes. *Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde*, 9(2), 192–201. <https://doi.org/10.5892/ruvrv.2011.92.192201>
- Dutra, G. (21 de diciembre de 2011). Pirambu, em Fortaleza, é 70 maior aglomerado do país, diz IBGE. *Globo*. Fonte: <https://n9.cl/114kk>
- Esquinas, M., Arenas, H., & Moro, N. (2001). Diferencias según el sexo en la utilización de los servicios sanitarios. *Medifam*, 11(1), 66–67. <https://n9.cl/488nu7>
- Fátima, H., Fabian, E. R., & Pinto, J. S. (2014). As teorias da criação do conhecimento organizacional e o processo de produção do conhecimento na terapia comunitaria. *Perspectivas Em Gestão & Conhecimento*, 5(1), 19–20. <https://n9.cl/jgb1v>
- Fernandes, M. T. de O., de Aquino, A. L., Santos, G. da C., Sônia Maria, S., & Carneiro, L. (2011). Terapia comunitária: Uma metodologia inovadora na Atenção Primária em Saúde no Brasil. *Evidentia*, 8(34). <http://www.index-f.com/evidentia/n34/ev7494p.php>
- Ferraz, I. S., Canuta, L., Almeida, J. dos S., Aragão, S. A., Araújo, L., & Martins, I. E. (2020). Expansión de las prácticas integrativas y complementarias en Brasil y el proceso de implantación en el Sistema Único de Salud. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 38, 196-208. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n38/1409-4568-enfermeria-38-196.pdf>
- Ferreira, M. de O., & Albernaz, M. (2010). A terapia comunitária em um centro de atenção psicossocial: (des)atando pontos relevantes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 232–239. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200005>
- Ferreira, M. de O., Djair, M., Barbosa, F., Rodrigues, É. A., & Souza, M. do S. (2009). A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(4), 964. <https://doi.org/10.5216/ree.v11i4.33252>

- Ferreira, M. de O., Lazarte, R., & Barreto, A. de P. (2015). Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(2), 172–173. <https://doi.org/10.5216/ree.v17i2.37270>
- Ferreira, M. de O., Lazarte, R., & Djar, M., (Comp). (2013). *Terapia Comunitária Integrativa Uma Construção Coletiva Do Conhecimento*. E. U. da UFPB.
- Ferreira, M. de O., Pinto, A. N., Alves, I., Leite, V. C., Ramos, C. M., & Djair, M. (2012). Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. *Rev. RENE*, 13(1), 26–35. <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/13/10>
- Franco, A. L. e S., Zanoni, M., Lopez, J. E., Murcia, M., Borges, T., & Muzzeti, L. R. (2020). O valor da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) no Brasil e no mundo: possibilidades, impactos e perspectivas. *Temas Em Educação e Saúde.*, 16(1), 232–238. <https://doi.org/jhxj>
- Fuentes-Rojas, M. (2011). Psicologia e saúde: a terapia comunitária como instrumento de sensibilização para o trabalho com comunidades na formação do Psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 420–439. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000200016>
- Fuentes, M. (2011). Promoviendo salud en la comunidad: la terapia comunitaria como estrategia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 29(2), 170–181. <https://n9.cl/6tu8e>
- Galdino, V., Moreira, A., Fuentes Eugenio, & Correira, K. C. (2014). Terapia comunitária: uma ferramenta utilizada para promoção da saúde na atenção básica. *Revista Amazônia: Science & Health*, 2(4). <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/627>
- Galeano, M. (2004). Investigación documental: una estrategia no reactiva de investigación social. En M. Galeano, *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada* (pp. 133-144). Medellín, Colombia: La Carreta Editores.
- Gamarra, A. E., & Soares, M. J. (2020). A Terapia Comunitária Integrativa na abordagem da saúde mental na atenção primária: um relato de experiência. *Temas Em Educação e Saúde*, 16(esp. 1), 483–497. <https://doi.org/10.26673/TES.V16IESP.1.14314>
- García, E., Gil, J., & Rodríguez, G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España: Aljibe.
- Genise, G., Humeniuk, A., Ungaretti, J., Etchezahar, E., & De Giuli, S. (2019). Relación entre la orientación sexual y personalidad en una muestra de adolescentes argentinos. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 6, 2019–2068. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.7>
- Giffoni, F. A. de O. (2008). *Saber ser, saber fazer: Terapia Comunitária, uma Experiência de Aprendizagem e Construção da Autonomia* [tese doutorado, Universidade Federal do Ceará Fortaleza]. Repositório Institucional da Universidade Federal do Ceará <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/3162>
- Giffoni, F. A. de O., & dos Santos, M. A. (2011). Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 821–830. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700021>

- Godoy, Y. N. (2020). *Círculos de Escucha: Qué son, cuáles bases teóricas lo sustentan y su situación en Chile*. <https://www.corporacionescuchar.cl/documentos>
- Gomes, Dayse. (2008). *A História da Terapia Comunitária na Atenção Básica em João Pessoa* [dissertação mestrado, Universidade Federal da Paraíba João Pessoa]. <https://issuu.com/abratecomterapiacomunitaria/docs/dissertacaoanaluciastasilva>
- Gomes, Doralice. (2013). *A expansão da terapia comunitária integrativa no Brasil e sua inserção em ações de políticas públicas nacionais* [dissertação mestrado, Universidad Federal de Ceará Sobral]. Repositório Institucional Universidad Federal de Ceará <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/26387>
- Gómez-Restrepo, C. (2016). La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015. In *Revista Colombiana de Psiquiatría* 45 (1). <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.006>
- Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5–6), 327–334. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500008>
- Gómez, E., Cardona, U., Eugenia, N., Paniagua, E. M., Vannesa, K., Olivas, M., Solano, M., Oviedo, E. A., Castro, K., Henao, V., Morales, C., Javier, B., Quitiaquez, T., Pfaller-, M., Pablo, J., Molina, B., Soundari, M. H., Meschini, P., Xavier, G., ... Correa, C. F. (2020). *Ética intercultural y decolonial de Trabajo Social*. Pulso & Le. Universidad de Antioquia.
- Gómez, M., Galeano, C., & Jaramillo, D. (2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423-442. doi:<https://doi.org/10.21501/22161201.1469>
- Gonçalves, S., Ferreira, M. de O., Calvacanti, R., Alves, L., & Quézia, C. (2012). A experiência da Terapia Comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais. *Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde*, 10(1), 329–338. <https://doi.org/10.5892/ruvrv.2012.101.329338>
- Guerra, C. de S. (2014). *Mães de filhos com deficiência: histórias de superação com a terapia comunitária integrativa* [dissertação mestrado, Universidad Federal da Paraíba João Pessoa]. Repositório Institucional da Universidad Federal da Paraíba <http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/5140>
- Guimarães, A., Ferreira, V., Jacinto, R., & Villar, M. A. (2020). Demandas y estrategias para el enfrentamiento a la dependencia química reveladas en la Terapia Comunitaria Integrativa. *Revista Humanidades Médicas*, 20(1), 146–166. <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v20n1/1727-8120-hmc-20-01-146.pdf>
- Guimarães, A., Ferreira, V., Marcelino, E., Sousa, M. A., Volpato, R. J., & Villar, M. A. (2020). Terapia Comunitária como cuidado complementar a usuários de drogas e suas contribuições sobre a ansiedade e a depressão. *Escola Anna Nery*, 24(3), e20190321. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0321>
- Guimarães, F. J., & Ferreira, M. D. O. (2006). Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 404–414. <https://doi.org/10.5216/ree.v8i3.7079>

- Gutiérrez, R., Gérard, O., & Leiva, J. J. (2020). Análise discursiva das apreciações das rodas vinculantes no contexto universitário latino-americano. *Temas Em Educação e Saúde*, 16(1), 239–255. <https://doi.org/https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14305>
- Gutiérrez, R., Gérard, O., Ramírez, A., Pereira, E., & Campaña, E. (2017). Impacto de las ruedas vinculantes en el contexto universitario y comunitario. *Temas Em Educação e Saúde*, 13(2), 335–347. <https://doi.org/10.26673/rtes.v13.n2.jul-dez.2017.9599>
- Gutiérrez, R., Virgilio, V., Moreno, N., & Maruri, C. N. (2020). Herramientas pedagógicas innovadoras en el Recinto “Urania Montás”, San Juan de la Maguana, República Dominicana. *International Journal of New Education*, 5, 99–115. <https://doi.org/10.24310/IJNE3.1.2020.8511>
- Henández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6 ed.). México: McGraw Hill.
- Horta, A. L. de M., & Caldeira, N. H. (2011). Terapia comunitária: cuidado com a família na perspectiva do graduando de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(2), 165–171. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200002>
- Hoyos, C. (2000). *Un modelo para investigación documental: guía teórico-práctica sobre construcción de estados del arte con importantes reflexiones sobre la investigación*. Medellín: Señal Editora.
- Jean, P., Gutiérrez, R. S., Svoboda, N. K., Zanoni, M., Nihei, O. K., & Svoboda, W. K. (2020). Terapia Comunitária Integrativa para promoção da saúde em acadêmicos de uma Universidade da Terceira Idade. *Temas Em Educação e Saúde*, 16(esp. 1), 256–270. <https://doi.org/10.26673/TES.V16IESP.1.14307>
- Lazarte, R. (2012). Sociología y terapia comunitaria integrativa. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 1(7), 67–76. <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/72>
- Leão, S. S. (2009). *Promoção da Saúde e terapia comunitária um diálogo que promove a participação social* [dissertação mestrado, Universidade de Brasília]. Biblioteca Digital de Vanguardia para la Investigación en Ciencias Sociales. <https://n9.cl/2v18j>
- Leite, G. M., Silva, P. M. de C., Braga, E., Ferreira, M. de O., Leite, V. C., & Espinola, L. L. (2011). A contribuição da terapia comunitária no processo saúde-doença. *Cogitare Enfermagem*, 16(4), 682–688. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/23030>
- Lemes, A. G., Ferreira, V., Rocha, E. M., Alves, A., Villar, M. A., & Queiroz, J. (2017). Integrative Community Therapy as a strategy for coping with drug among inmates in therapeutic communities: documentary research. *Revista Electrónica En Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 13(2), 101–108. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80356236007>
- Lemes, A. G., Ferreira, V., Rocha, E. M., Santos, L., Sousa, M. A., Volpato, R. J., & Villar, M. A. (2020). A terapia comunitária integrativa no cuidado em saúde mental: revisão integrativa. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 33, 1–12. <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.10629>
- Lemes, A. G., Rocha, E. M., Ferreira, V., Volpato, R. J., Sousa, M. A., Franco, S. E. de J., Bauer, T. X., & Villar, M. A. (2019). Benefits of integrative community therapy revealed by

- psychoactive drug users. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1–8. <https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2020AO0122>
- Lemus, S., Hamui, A., Ixtla, M., & Paulo, A. (2017). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *Revista Conamed*, 22(2), 98–103. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79307>
- Lima, E. de F. (2009). *A Terapia Comunitária e as Mudanças de Práticas no SUS* [dissertação mestrado, Universidade Federal da Paraíba João Pessoa]. <https://issuu.com/abratecomterapiacomunitaria/docs/dissertacaoedlene Freitas>
- Macedo, E., Luiza, V. L., & Frossard, V. C. (2020). A implantação da Terapia Comunitária Integrativa em um município do Rio de Janeiro. *Temas Em Educação e Saúde*, 16(esp. 1), 376–392. <https://doi.org/10.26673/TES.V16IESP.1.14318>
- Máximo, R., Anacleto, A. K., & Pereira, A. (2014). Aplicabilidade da Terapia Comunitária no alto sertão paraibano. *FIEP Bulletin On-Line*, 84(Special Edition).1-7. <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/4526>
- Meira, B. S. (2018). *Terapia Comunitária Integrativa: Impacto na vida de mulheres, mães de autistas* [Universidade Federal do Paraíba. Centro de Ciências da Saúde]. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/13550/1/Arquivototal.pdf>
- Menezes, M. H., Ferreira, M. de O., Djair, M., Alves, L., Nascimento, M., & Alves, I. (2012). Capacitación de terapeutas comunitarios en Paraíba: impacto en la Estrategia Salud de la Familia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(1), 33–44. http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442012000100004
- Miranda, P. R., Cerencovich, E., Santos, L. F., Bellato, R., & Maruyama, S. A. T. (2014). Ethical dimension of circle Integrative Community Therapy on qualitative research. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(spe2), 148–154. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420140000800022>
- Moraes, S., Oliveira, J., Junior, S. V. da S., Djair, M., Fernandes, M. das G., & Ferreira, M. de O. (2017). Ruedas de terapia comunitaria: construyendo espacios terapéuticos para ancianos en comunidades quilombolas. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 7(4), 712–724. <https://doi.org/10.5902/2179769220299>
- Municipalidad de Recoleta. (s.f.). *Fórmate como Terapeuta Comunitaria/o, para conducir Círculos Comunitarios en Recoleta*. Acceso em 13 de junio de 2021, disponible en: <https://www.recoleta.cl/formate-como-terapeuta-comunitario-para-conducir-circulos-comunitarios-en-recoleta/>
- Nascimento, Á. B. de M., & Souto, B. A. (2019). Saúde mental, estigma e experiência de enfrentamento do sofrimento: a terapia comunitária em uma comunidade do Recife. *Revista Brasileira de Pesquisa Em Saúde*, 21(2), 155–164. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/29088>
- Nogueira, A. (2012). *Terapia Comunitária Integrativa e os desafios para sua implementação: histórias de enfermeiras* [dissertação maestrado, Universidade Federal da Paraíba João Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Federal da Paraíba.

<http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/5078>

- Nogueira, A., Alves, I., Nascimento, M., Alves, L., Oliveira, M., & Djair, M. (2012). Conflitos familiares abordados na terapia comunitária integrativa. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 14(4), 786–793. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/15695>
- Odorico, L., Cunha, I. C. de H., & Barreto, A. de P. (2008). *O SUS e a Terapia Comunitária*. <https://issuu.com/abratecomterapiacomunitaria/docs/livrossustc>
- Oliveira, D., & Meneses, N. (2016). O uso das parlandas na terapia comunitária integrativa. *Temas Em Educação e Saúde*, 12(2), 145–162. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6461355&info=resumen&idioma=ENG>
- Otaviano, D., Otaviano, J. V., Otaviano, J., & Oliveira, N. (2020). Terapia Comunitária Integrativa: uma prática mobilizadora de autocuidado e educação emocional e saúde integral para estudantes do curso de medicina. *Temas Em Educação e Saúde*, 16(esp. 1), 422–431. <https://doi.org/10.26673/TES.V16IESP.1.14321>
- Padilha, C. dos S., & Ferreira, W. (2012). Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 1069–1083. <https://doi.org/jhxz>
- Padilha, C. dos S., & Ferreira, W. (2013). Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS. *Ciencia e Saude Coletiva*, 18(8), 2211–2220. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800005>
- Pedroza, M. (2012). A Terapia Comunitária em Moçambique. *Revista Consciência*. Fonte: <https://revistaconsciencia.com/a-terapia-comunitaria-em-mocambique-por-mariano-pedroza/>
- Pereira, D., & Tavares, M. (2020). Práticas integrativas de cuidado em saúde no contexto do Ensino Médio: a experiência da Terapia Comunitária Integrativa – TCI. *Temas Em Educação e Saúde*, 16(esp. 1), 311–326. <https://doi.org/10.26673/TES.V16IESP.1.14311>
- Pinheiro, M., Djair, M., Nunes, F. A., & Ferreira, M. de O. (2013). Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2028–2038. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00000913>
- Ramírez, C., & Sánchez, V. (s.f.). *Somos*. Acesso em 14 de junio de 2021, disponível em Terapia Comunitaria Colombia: <https://terapiacomunitaria.wixsite.com/colombia/somos>
- Relaciones Públicas UEA. (2018). *UEA es pionera en integrar la terapia comunitaria como herramienta educativa*. Fonte: Universidad Estatal Amazónica: <https://www.uea.edu.ec/web/?p=5539>
- Rengifo, F. J. de R., Cuéllar, A. C., Agudelo, S. F., Duque, L. G., Beristain, C. M., Restrepo, A. M., Asprilla, L. P., Naranjo, M. R., Yagarí, P. T., & Villa, A. V. (2022). *Sufrir la guerra y rehacer la vida. Impactos, afrontamientos y resistencias*. <https://www.comisiondelaverdad.co/>
- RETCI. (s.d.). *Asociación Europea de Terapia Comunitaria Integrativa*. Acesso el 13 de junio de 2021, disponible en RETCI: <https://www.aetci-a4v.eu/>

- Richard, F. (2020). *Círculos de Escucha en Hispano-América en tiempos de pandemia*. <https://www.corporacionescuchar.cl/publicaciones>
- Rique, M. (2010). *Terapia comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida I*, (1). Universidade Federal da Paraíba.
- Rodrigues, E. (2017). *Terapia comunitária integrativa e mulheres vivenciando o climatério: uma pesquisa ação- intervenção* [tese doutorado, Universidade Federal da Paraíba João Pessoa]. Repositório da Universidade Federal da Paraíba <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/12323/1/Arquivototal.pdf>
- Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A., & Restrepo Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Med*, 32(2), 129–140. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
- Rolim, V., Djair, M., & Ferreira, M. de O. (2007). Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(1). <https://doi.org/10.5216/REE.V9I1.7137>
- Roll, Á. P., Mira, E., Idárraga, L. E., & Cárdenas, M. T. del P. (2017). Noción de diálogo en la terapia comunitaria. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, 1, 242. <https://doi.org/10.21501/25907565.2658>
- Rye, C., Wise, R., Jurukovski, V., DeSaix, J., Choi, J., & Avissar, Y. (2016). The Science of Biology. In OpenStax. *Biology*. <https://openstax.org/books/biology/pages/1-1-the-science-of-biology>
- Saforcada, E., & Sarriera, J. C. (2008). *Enfoques conceptuales y técnicos en Psicología Comunitaria*. Paidós. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=438215>
- Salcedo, D. M., Silva, M. V., & Pereira, A. L. (2020). Terapia Comunitária Integrativa para idosos em plataforma virtual durante a pandemia associada a COVID-19. *Temas Em Educação e Saúde*, 16(esp. 1), 360–375. <https://doi.org/10.26673/TES.V16IESP.1.14317>
- Silva, P. M. de C. (2016). *A terapia comunitária como estratégia de intervenção para o empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta* [tese doutorado, Universidade Federal da Paraíba João Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Federal da Paraíba. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9099>
- Silva, V. de L., Addison, C., Bernardo, G. C., Antunes, P. H., Júnior, R. F. de A., Barbosa, S. J. de A., & Antunes, A. (2017). Quality of Life, Integrative Community Therapy, Family Support, and Satisfaction with Health Services Among Elderly Adults with and without Symptoms of Depression. *Psychiatric Quarterly*, 88(2), 359–369. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9453-z>
- Tavares, C., Nunes, F. A., & Duarte, K. K. (2016). A terapia comunitária integrativa e a enfermagem: o fenômeno e seus contextos. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(1), 3770–3779. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3770-3779>
- Tavares, D. S., & Ferreira, M. de O. (2011). Contribuição dos recursos culturais para a Terapia Comunitária Integrativa na visão do terapeuta. *Revista Gaúcha de Enfermagem / EENFUFGRS*, 32(3), 524–530. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300013>

- Tobón, C., Aguirre-Acevedo, D. C., Velilla, L., Duque, J., Ramos, C. P., & Pineda, D. (2016). Perfil psiquiátrico, cognitivo y de reconocimiento de características emocionales de un grupo de excombatientes de los grupos armados ilegales en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 28–35. <https://n9.cl/b1qvj>
- Valarezo, M. A. (2017). La terapia comunitaria integrativa como herramienta eficaz en situaciones de desastres naturales. *Revista Puce*, 105, 365–384. <https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.110>
- Valencia, J. F. (26 de Mayo de 2022). Aumento de trastornos mentales desborda capacidad de atención en el departamento. *El Colombiano*, p. 10. Fuente: <https://n9.cl/8g5qs>
- Vasconcellos, A., Nihei, O. K., Ferreira, S., Marlon, C., Pereira, H., Ribeiro, E. T., Machado, T. Z., & Svoboda, W. K. (2020). Terapia Comunitária Integrativa como instrumento de integração, empoderamento e autocuidado de usuários de uma Associação de Diabéticos. *Temas Em Educação e Saúde*, 16(esp. 1), 327–340. <https://doi.org/10.26673/TES.V16IESP.1.14315>
- Vélez, C. M., & Patiño, D. F. (2019). Sistemas de salud y derecho a las salud: análisis político trasnacional. In G. J. Otálvaro, D. P. Guerra, M. B. Gaviria, J. L. Gañan, Y. A. Marín, & V. S. Gonzáles (Eds.), *El derecho fundamental a la salud en Colombia en el siglo XXI* (1st ed., pp. 76–108). Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Personería de Medellín.
- World Health Organization. (2020). Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientación operativa para la orientación provisional del contexto COVID-19. *COVID-19: Guía Operativa Para Mantener Los Servicios de Salud Esenciales Durante Un Brote: Guía Provisional*. <https://n9.cl/gh08d>
- Zambrano, C., & Dávila, S. (2018). La Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica: experiencias socio-comunitarias y aprendizajes de su aplicación en Ecuador, Argentina y Chile. *Trenzar*, 1(1), 48–64. <https://doaj.org/article/30163fee046f49a8aa5144c4ccf60551>
- Zanoni, M., Kalamar, S. A. M., Dallalana, T. M., Tinti, D. L., Ferreira, G. K., Macohin, L. de F., Paschoalini, A. C., Adamowicz, T. E., & Savaris, L. E. (2018). Práticas Integrativas impactam positivamente na saúde psicoemocional de mulheres? Estudo de intervenção da Terapia Comunitária Integrativa no sul do Brasil. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, 7(12), 33–42. <https://doi.org/10.19177/CNTC.V7E12201833-42>
- Zem, T. P., Paixão, L., Brito, D., & Zanoni, M. (2020). Análise da efetividade da Terapia Comunitária Integrativa na saúde biopsicossocial de diferentes populações: uma revisão integrativa. *Temas Em Educação e Saúde*, 16(esp. 1), 271–285. <https://doi.org/10.26673/TES.V16IESP.1.13737>

Anexos

Anexo 1. Ficha bibliográfica Hoyos

| Título del artículo | Aspectos formales | | Asunto investigado | | | Delimitación contextual | | |
|---|-------------------|-------------------|----------------------------|---------------------------------|--|-------------------------|---------------------------|---|
| | Autor | Tipo de material | Tema | Subtema | Problema | Espacial | Temporal | Sujetos |
| A história da Terapia Comunitária na atenção básica em João Pessoa - PB: uma ferramenta de cuidado. | Gomes, Deyse | Tesis de maestría | Atención primaria en salud | Salud, Terapia, Atención básica | La Terapia Comunitaria constituye una práctica de efecto terapéutico, en el área de la salud, que visa la prevención en la atención a grupos heterogéneos, de organización informal, que emergió de personas expuestas a sufrimiento, buscando alternativas para enfrentar problemas | João Pessoa-PB | De marzo a agosto de 2008 | Once colaboradores trabajadores de la salud de la Universidad Federal de Paraíba y a la secretaría de salud del municipio que participaron en las ruedas de Terapia Comunitaria |

| Propósito | Enfoque | | | | Metodología | | Resultados | |
|---|------------|------------------------|---|--|-----------------------|---------------------|------------|--|
| Objetivo | Disciplina | Referente teórico | Concepto principales | Tesis | Tipo de investigación | Tipo de metodología | Técnicas | Conclusiones |
| Estudiar la implementación de la Terapia Comunitaria para la organización de prácticas de salud en la atención básica en el municipio de João Pessoa-PB | Enfermería | Historia Oral Temática | Terapia Comunitaria: el sentido de la historia; Terapia Comunitaria: promoviendo cambios, superación y crecimiento; | La Terapia Comunitaria fortalece las acciones en el área de Salud Mental | Exploratoria | Cualitativo | Entrevista | La Terapia Comunitaria dispone de un espacio de escucha para la comunidad. Los resultados contribuyen a la profundización y ampliación de los conocimientos sobre los beneficios que la Terapia Comunitaria viene trayendo |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|---|
| | | | contribuciones para el SUS | | | | | para mejorar la calidad de vida de las personas |
|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|---|

| Comentarios | | | | Anexos | Año de publicación | Ubicación |
|---|--|--|--------------------------|--------|--------------------|------------------|
| Contribuciones de la TCI | Dificultades-Obstáculos | Consideraciones éticas | Referentes fundamentales | | | |
| Proporciona la mejora de autoestima, el establecimiento y el fortalecimiento de vínculos, promueve la resiliencia, favorece un proceso de superación y de crecimiento de los profesionales y de la comunidad, contribuye para la formación profesional más humanizada | Falta de espacio físico y de divulgación, identificación y el compromiso de los profesionales en relación con la Terapia Comunitaria, descreencia y la falta de participación de la comunidad. | Resolución 196/96, del Consejo Nacional de Salud, y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la CCS/UFPB | | | 2008 | Repositorio UFPB |

Anexo 2. Categorías de análisis emergidas en el estudio

| Categorías de primer orden | Categorías de segundo orden | Categorías de tercer orden | Categorías de cuarto orden |
|--|---|---|----------------------------|
| 1. Tema de estudio en las investigaciones revisadas | 1.1 Atención primaria en salud | 1.1.1 Prevención de la enfermedad | |
| | | 1.1.2 Proceso salud-enfermedad | |
| | | 1.1.3 Promoción de la salud mental | |
| | 1.2 Incentivar la participación política y social | 1.2.1 Construcción de ciudadanía | |
| | | 1.2.2 Considerar la ética en la investigación | |
| | | 1.2.3 Generar instrumentos para la educación popular | |
| | 1.3 Identificación de los beneficios | 1.3.1 En terapeutas | |
| | | 1.3.2 En participantes de las ruedas | |
| | | 1.3.3 En familiares de usuarios participantes de las ruedas | |
| | 1.4 Presencia de recursos culturales | 1.4.1 Uso de parlendas | |
| | | 1.4.2 Cultura africana | |
| | | 1.4.3 Cultura nordestina | |
| 2. Población objeto de estudio en las investigaciones revisadas. | 2.1 Ancianos | | |
| | 2.2 Estudiantes | 2.2.1 Menores de edad | 2.2.1.1 Niños |
| | | | 2.2.1.2 Adolescentes |
| | | 2.2.2 Universitarios | |
| | 2.3 Mujeres | 2.3.1 Gestantes | |
| | | 2.3.2 Climaterio | |
| | | 2.3.3 Madres | 2.3.3.1 Niños autistas |
| | 2.3.3.2 Niños discapacitados | | |
| | 2.4 Personas con trastornos mentales | 2.4.1 Depresión | |
| | 2.5 Usuarios del sistema de salud | 2.5.1 CAPS | |
| | | 2.5.2 ESF | 2.5.2.1 Hipertensión |
| | | | 2.5.2.2 Diabetes |
| | 2.6 Dependientes a drogas | 2.6.1 Sustancias psicoactivas | |
| | | 2.6.2 Alcohol | |
| | 2.7 Afectados por desastres naturales | | |
| 2.8 Docentes | | | |
| 2.9 Terapeutas | 2.9.1 Trabajadores de la salud | 2.9.1.1 Equipo de la ESF | |
| | 2.9.2 Graduados de enfermería | | |
| | 2.9.3 Docentes | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | 2.10 Documentos relacionados con la terapia | 2.10.1 Fichas de registros | |
| | | 2.10.2 Fichas de valoración | |
| | | 2.10.3 Investigaciones | |
| | | 2.10.4 Conferencias | |
| | | 2.10.5 Noticias | |
| | | 2.10.6 Normas éticas | |
| 3. Técnicas de recolección de información utilizadas en las investigaciones revisadas | 3.1 Entrevistas | 3.1.1 Estructuradas | |
| | | 3.1.2 Semiestructuradas | |
| | | 3.1.3 Abiertas | |
| | 3.2 Revisión de textos | 3.2.1 Revisión conceptual | |
| | | 3.2.2 Correlación entre documentos | |
| | | 3.2.3 Técnica narrativa | |
| | | 3.2.4 Revisión integrativa | |
| | 3.3 Observación de la experiencia en las ruedas de TCI | 3.3.1 Diseño propio | |
| | | 3.3.2 Ficha de registro diseñada por Barreto | |
| | | 3.3.3 Sistema de Registro Alti | |
| | | 3.3.4 Diario de campo | |
| | 3.4 Cuestionarios | 3.4.1 Test de asociación con la terapia | |
| | | 3.4.2 Instrumentos para medir el estado de ánimo | |
| | | 3.4.3 Escalas de autoestima | |
| | | 3.4.4 Instrumentos para el desenvolvimiento en diferentes áreas de la vida | |
| | | 3.4.5 Escalas para la evaluación de satisfacción y eficacia de los servicios | |
| | 3.5 Diagramas | 3.5.1 Mapas mentales | |
| | | 3.5.2 Genograma | |
| | 3.6 Estrategias grupales | 3.6.1 Oficinas de sentido | |
| | | 3.6.2 Grupo focal | |
| | 3.7 Softwares | 3.7.1 Análisis textual | |
| | | | |
| | | | |
| 3.7.2 Recolección y análisis estadístico | | | |
| 4 Metodologías implementadas en la investigación | 4.1 Historia Oral Temática | | |
| | 4.2 Análisis de contenido | 4.2.1 Categorical-temático | |
| | | 4.2.2 Categorical | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | 4.3 Documental | 4.3.1 Análisis interpretativo | |
| | | 4.3.2 Estado del arte | |
| | | 4.3.3 Método hermenéutico | |
| | | 4.3.4 Correlación de experiencias | |
| | 4.4 Sociología comprensiva | 4.4.1 Análisis discursivo | 4.4.1 Con enfoque comprensivo. |
| | 4.5 Abordaje sociocognitivo | | |
| | 4.6 Enunciación temática técnica | | |
| | 4.7 Estudio de caso | | |
| 4.8 Etnografía | 4.8.1 y 4.9.1 Observación participante | | |
| 4.9 Investigación Acción | | | |
| 5 Contribuciones de la TCI | 5.1 Mejora de la autoestima | 5.1.1 Posibilita la transformación personal | |
| | | 5.1.2 Facilita la autoafirmación | |
| | | 5.1.3 Promueve el autoconocimiento | |
| | 5.2 Promoción de vínculos | 5.2.1 Establecimiento de nuevos vínculos | 5.2.1.1 Laborales |
| | | | 5.2.1.2 Comunitarios |
| | | 5.2.2 Fortalecimiento de vínculos ya presentes | 5.2.2.1 Familiares |
| | | | 5.2.2.2 Espirituales |
| | | | 5.2.2.3 Amistades |
| | | | 5.2.2.4 Comunitarios |
| | 5.2.2.5 Sociales | | |
| | 5.3 Permite procesos resilientes | 5.3.1 Genera una actitud resolutiva | |
| | | 5.3.2 Consiguen estrategias de enfrentamiento | |
| | 5.4 Superación del sufrimiento | 5.4.1 Individual | 5.4.1.1 Resignificación del dolor |
| | | | 5.4.1.2 Permite comenzar a hacer nuevos planes a futuro |
| | | | 5.4.1.3 Da insumo para la autonomía en la situación vivida |
| | | 5.4.2 Comunitaria | |
| | 5.5 Proceso de aprendizaje | 5.5.1 Para los terapeutas | 5.5.1.1 Construye un espacio acogedor |
| 5.5.1.2 Atención integral | | | |
| 5.5.1.3 Vínculos cercanos con los usuarios | | | |
| 5.5.1.4 Atención humanizada | | | |
| 5.5.2 Personal | | 5.5.2.1 Autoconocimiento | |
| | | 5.5.2.2 Involucra en procesos sociales | |
| | | 5.5.2.3 Facilita la empatía | |
| | | 5.5.2.4 Nuevas habilidades para los problemas cotidianos | |
| | 5.6.1 Alivio de síntomas físicos | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | 5.6 Disminución de demandas en los servicios de salud | 5.6.2 Favorece la adherencia al tratamiento | |
| | | 5.6.3 Mejora del estado de ánimo | |
| | 5.7 Oportunidad para el deshogo | 5.7.1 Permite hablar de lo experimentado | 5.7.1.1 Construir nuevas narrativas de lo vivido |
| | | 5.7.2 Sentirse escuchado por otros | |
| | 5.8 Inclusión social | 5.8.1 Aceptación del otro | 5.8.1.1 Reduce estigmas sociales |
| | | | 5.8.1.2 Foco en potencialidades |
| | | 5.8.2 Intercambio de experiencias | 5.8.2.1 Otras manifestaciones del sufrimiento |
| | | | 5.8.2.2 Transmisión de aprendizajes a familiares |
| | | | 5.8.3 Accesibilidad |
| | | 5.8.3.2 Lingüística | |
| | | 5.8.3.3 Física | |
| | | 5.8.4 Integración | 5.8.4.1 Vinculación del grupo |
| | | | 5.8.4.2 Relación horizontal |
| 5.8.4.3 Participación de actores sociales | | | |
| 6. Problemas presentados en las ruedas de conversación | 6.1 Escasez de recursos económicos | 6.1.1 Pérdida de vivienda | |
| | 6.2 Agotamiento por responsabilidades | 6.2.1 Académicas | 6.2.1.1 Agobio en la carrera profesional |
| | | | 6.2.1.2 Preocupación por el rendimiento |
| | | | 6.2.1.3 Angustia por las calificaciones |
| | | 6.2.2 Dirigidas a la mujer | 6.2.2.1 Crianza de hijos |
| | | | 6.2.2.2 Cuidado del hogar |
| | | 6.2.3 Laborales | 6.2.3.1 Falta de empleo |
| | | | 6.2.3.2 Conflictos internos |
| | 6.2.3.3 Despido | | |
| | 6.3 Consecuencias de la pandemia | 6.3.1 Duelo | |
| | | 6.3.2 Soledad | |
| | | 6.3.3 Impotencia | |
| | | 6.3.4 Incertidumbre | |
| | 6.4 Dificultades en las relacionales | 6.4.1 Pareja | 6.4.1.1 Sexuales |
| | | | 6.4.1.2 Celos |
| | | 6.4.2 Familiares | 6.4.2.1 Padres-hijo |
| | | | 6.4.2.2 Entre hermanos |
| | | | 6.4.2.3 Abuelo-nieto |
| | 6.4.3 Estado de soledad | | |
| | 6.5 Problemas en la salud | 6.5.1 Enfermedades física | |
| 6.5.2 Complicaciones en el acceso a los servicios | | | |
| 6.5.3 Malestar psicológico | | 6.5.3.1 Poca motivación | |
| | | 6.5.3.2 Estrés | |

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|------------------------------|
| | 6.6 Presencia de violencia | 6.6.1 Interpersonal | 6.5.3.3 Emociones negativas |
| | | | 6.5.3.4 Sensación de soledad |
| | | | 6.5.3.5 Autoestima bajo |
| | | | 6.5.3.6 Trastorno mental |
| | | 6.6.2 Urbana | 6.6.1.1 Familiares |
| | | | 6.6.1.2 Pareja |
| | | | 6.6.1.3 Comunidad |
| | | 6.6.3 Discriminación | 6.6.3.1 Edad |
| | | | 6.6.3.2 Género |
| | | | 6.6.3.3 Drogas |
| 7. Estrategias aportadas en las ruedas de conversación | 7.1 Unión a organización comunitaria | | |
| | 7.2 Prácticas alternativas | 7.2.1 Masoterapia | |
| | | 7.2.2 Fitoterapia | |
| | 7.3 Espiritualidad | | |
| | 7.4 Superación personal | 7.4.1 Emprender proyecto personal | |
| | 7.5 Búsqueda de información | | |
| | 7.6 Uso de recursos culturales | | |
| | 7.7 Búsqueda de especialistas | 7.7.1 Profesionales de la salud | |
| | | 7.7.2 Entidades gubernamentales | |
| | | 7.7.3 Asesoría jurídica | |
| | 7.8 Autocuidado | 7.8.1 Huir de escenas malas | |
| | | 7.8.2. Prácticas placenteras | |
| | | 7.8.3 Descanso | |
| | | 7.8.4 Ejercicio | |
| 7.8.5 Alimentación saludable | | | |
| 7.8.6 Autoaceptación | | | |
| 7.8 Diálogo | 7.8.1 Denunciar | | |
| | 7.8.2 Asistir a las ruedas de TCI | | |
| 7.9 Conformación y fortalecimiento de redes de apoyo | 7.9.1 Amigos | | |
| | 7.9.2 Familiares | | |
| | 7.9.3 Comunidad | | |
| 8. Dificultades de la implementación de la TCI | 8.1 Inconvenientes con el lugar de trabajo | 8.1.1 Ausencia | |
| | | 8.1.2 Lugar inadecuado | |
| | 8.2 Obstáculos con la gestión local | 8.2.1 Continuidad | |
| | | 8.2.2 Falta de evaluación del proceso | |
| | | 8.2.3 Divulgación | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | 8.3 Acogida de los profesionales | 8.3.1 Descreencia de sus resultados | 8.3.1.1 Dominio de modelo biomédico |
| | | | 8.3.1.2 Formación en TCI brindada sin importar profesión |
| | | 8.3.2 Falta de capacitación en los profesionales | |
| | | 8.3.3 Poco tiempo por otras tareas | |
| | 8.4 Escasa participación de la comunidad | 8.4.1 Desconfianza en la TCI | 8.4.1.1 Desconocimiento |
| | | | 8.4.1.2 Rechazo de la denominación "Terapia" |
| | | 8.4.2 Dificultad para mantener los grupos de TCI | |
| | | 8.4.3 Falta de adhesión | 8.4.3.1 Poca duración de las ruedas |
| | | | 8.4.3.2 Rechazo a dinámicas grupales |
| | | | 8.4.3.3 Imposibilidad de cubrir demandas de contextos grupales específicos |
| 9. Lugares de implementación en la aplicación de la terapia | 9.1 Secretaria de educación | 9.1.1 Ibarra, Ecuador | |
| | | 9.1.2 Uberaba | |
| | 9.2 Institutos de educación | 9.2.1 Universidad | 9.2.1.1 Federal de Paraíba |
| | | | 9.2.1.2 Federal de São Paulo |
| | | | 9.2.1.3 Federal de Mato Grosso |
| | | | 9.2.1.4 Campina Grande, campus Cuité |
| | | | 9.2.1.5 Universidad Estatal Amazónica, Puyo, Pastaza, Ecuador |
| | | | 9.2.1.6 Instituto de Formación Docente Salomé Ureña, (ISFODOSU), Recinto "Urania Montás |
| | | | 9.2.1.7 Abierta de la Tercera Edad -UNATI |
| | | | 9.2.1.8 Anhembi Morumb |
| | | | 9.2.1.9 Uberaba |
| | | | 9.2.1.10 Ceará |
| | 9.2.2 Escuelas | 9.2.2.1 Centro de socio educación del Paraná | |
| | | 9.2.2.2 Escuelas de Enseñanza Media de Referencia – EREM | |
| 9.3 Plataformas virtuales | | | |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | 9.4 SUS | 9.4.1 Unidad primaria en salud | 9.4.1.1 ESF | |
| | 9.5 Centros Comunitarios | | 9.4.1.2 CAPS | |
| | | | 9.5.1 Polos formadores en TCI | |
| | | | 9.5.2 Fundaciones para el cuidado de la tercera edad | |
| | | | 9.5.3 Centros de recuperación de dependencia a sustancias | |
| | | | 9.5.4 Direcciones para la participación y acción social | |
| | | | 9.5.5 Asociaciones de enfermedades | |
| | | 9.5.6 Asociación de residentes | | |
| 10. Consideraciones éticas en las investigaciones revisadas | 10.1 Normas para la investigación en seres humanos | 10.1.1 Resolución 196/96 del Consejo Nacional de salud de Brasil | | |
| | | 10.1.2 Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud de Brasil | | |
| | | 10.1.3 Código de Ética de los Profesionales de Enfermería en Brasil | | |
| | 10.2 Aprobación de centros de ética | 10.2.1 Comité de Ética en Investigación de Universidades | | |
| | | 10.2.2 Comité de Ética de Centros de salud | | |
| | 10.3 Uso de consentimiento informado | | | |
| | 10.4 Leyes para el cuidado de derechos de autor | 10.4.1 Ley 9.610 del 19 de febrero de 1998 Brasil | | |
| | 10.5 Protocolos internacionales | 10.5.1 Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ) | | |
| 10.6 Anonimato de participantes | | | | |