

Promoviendo salud en la comunidad: la terapia comunitaria como estrategia

Promoting health within the community: community therapy as strategy

Martha Fuentes R¹.

¹ Psicóloga, MSc en educación, Phd en salud colectiva. Docente investigadora de la Universidad Estatal de Campinas, São Paulo, Brasil. Correo electrónico: marta.fuentes@fca.unicamp.br

Recibido: 8 de marzo de 2011. Aprobado: 24 de mayo de 2011.

Fuentes M. Promoviendo salud en la comunidad: la terapia comunitaria como estrategia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(2): 170-181

Resumen

Objetivo: identificar a través de los registros de evaluación de los encuentros de terapia comunitaria, problemas cotidianos que afligen a las comunidades, con la finalidad de conocer y mapear el dolor y el sufrimiento referenciado por los participantes. **Metodología:** para la recolección de los datos se utilizaron los registros elaborados por los terapeutas al final de cada encuentro. Para efectos del análisis fueron escogidos los temas: problemas presentados y problemas escogidos, asimismo, se identificaron las categorías de análisis, de acuerdo con la frecuencia en que fueron referenciados por los participantes. Se analizaron los registros de 774 encuentros, realizados en agosto de 2006 a diciembre de 2008. Participó un promedio de 9 a 20 personas, por encuentro. **Resultados:** los encuentros se caracterizaron por ser espacios abiertos, libres, acogedores y respetuosos. Los problemas más referenciados fueron: violencia doméstica, abuso sexual, separación, discriminación, sentimientos de culpa, abandono, rabia, miedo, negligencia, dificultades con hijos, pareja, compañeros de

trabajo, vecinos; pérdida de empleo, seres queridos, bienes materiales; dependencia de drogas, alcohol, cigarrillo, entre otros. **Conclusiones:** la terapia comunitaria permitió, no sólo identificar las personas que realmente necesitaban de tratamiento, como también contribuyó con la disminución de la demanda en los servicios de salud del municipio. Cuando las personas se encuentran y no son juzgadas por lo que dicen, sienten y piensan, contribuye para que puedan enfrentar con mayor facilidad sufrimientos y miedos, así como crear redes de apoyo social, desarrollar actitudes más solidarias, responsables y afectivas, fortalecer a las personas y a la comunidad, buscar medios más eficientes para superar las dificultades. Al mismo tiempo, conocer cómo las personas viven y conviven con sus problemas cotidianos, permite no sólo la resignificación de los problemas, como también la elaboración de acciones más efectivas de atención.

-----**Palabras clave:** comunidad, terapia comunitaria, redes de apoyo, promoción, prevención.

Abstract

Objective: to identify, by assessing the records of community therapy meetings, the everyday problems that affect communities in order to understand and map the pain and suffering expressed by the participants. **Methodology:** the records created by the therapists after each meeting were used for data collection. The following two topics were chosen for analysis purposes: the problems that were presented and the ones that were chosen. Likewise, analysis categories were identified based on the frequency with which they were mentioned by the participants. The records of 774 meetings were analyzed. Such meetings took place from August, 2006 to December, 2008. An average of 9 to 20 people attended each meeting. **Results:** openness, freedom, warmth, and respect were characteristics of these meetings. The most common problems were: domestic violence, sexual abuse, divorce, discrimination, feelings of guilt, abandonment, rage, fear, negligence, problems with children, partners, co-workers or neighbors,

losing one's job, one's loved ones or one's material possessions, drug addiction, alcoholism, smoking, etc. **Conclusions:** community therapy has led not only to identify the people who really are in need of treatment, but also contributed to reduce the demand for the municipality's health services. Having people meet without judging them by what they say, feel or think makes it easier for them to cope with their suffering and fears. It also creates social support networks, develops better attitudes of solidarity, responsibility and affectiveness, empowers the people and the community, and makes it easier to find better ways of overcoming problems. At the same time, it makes it possible to learn how people live and cope with their daily problems, thus allowing them to reframe these problems, and enabling the development of more effective care.

-----**Keywords:** community, community therapy, support networks, promotion, prevention.

Introducción

La salud de la población está directamente relacionada con la calidad de vida, la cual se refiere a las mejoras en las condiciones básicas, tales como la educación, el empleo, el ocio, la salud, la vivienda, la alimentación, el saneamiento básico y la espiritualidad [2, 5, 7, 10]. En éstas se incluyen el ser de la persona, el reconocimiento, el respeto, el valor de su saber, la aceptación de las diferencias, la participación activa, la construcción colectiva, la valorización de la vida, la recuperación de la ciudadanía, la superación del asistencialismo, así como el rescate de que las personas puedan ser ellas mismas. Con este proceso se promueven, sin duda, acciones más solidarias, libres y éticas, acompañadas de una visión más comunitaria.

En el trabajo con las comunidades se debe buscar no sólo vencer la resistencia de los individuos, como también incentivarlos a participar activamente de las acciones comunitarias. Por lo tanto, una forma de vencer las resistencias está en hacer énfasis en el ser humano como centro de los proyectos sociales. Lo que implica conocerlo para poder contar con él; es decir, partir del presupuesto de que solamente conociendo al individuo y sus formas de vida será posible una acción eficiente y permanente [1].

Sumado a esto, toda comunidad tiene una lógica que utiliza para sobrevivir en medio de las condiciones precarias; para comprender esta lógica se requiere del desarrollo de estrategias que tengan sentido para la población. De esta forma, no se trata de solucionar los problemas que corresponden al gobierno, sino, contribuir con acciones participativas que generen movilización de la comunidad por un objetivo común; es decir, convocar deseos para actuar a favor del propósito [2, 3]. Participar o no, es una decisión, un acto de libertad [4]. Las personas son invitadas y/o convocadas, pero la participación siempre será una decisión de cada uno y ésta depende de la forma como se vean o no, responsables y capaces de provocar y construir cambios en ellas mismas y en su ámbito cotidiano. Entre más participativo sea el proceso, las decisiones se reflejan en el deseo del cambio y esto será necesariamente compartido por todos. Estos procesos de participación, son imprescindibles para la superación de desigualdades e injusticias, porque permite la construcción de sujetos autónomos, críticos y ciudadanos [5]. Por lo tanto, la construcción de redes de apoyo social que surgen en el intercambio de experiencias, fortalecen y resignifican la vida de las personas y de las comunidades.

Cuando se discuten cuestiones relativas a la comunidad, a través de la articulación de saberes (científico y popular) [4], el proceso educativo es un instrumento de construcción de la participación popular y, al mismo

tiempo, de intervención de la ciencia en la vida cotidiana de las personas, las familias y de la sociedad [6]. Asociar teoría con la realidad muestra que, en el acto de aprender, es preciso tener un espacio de expresión de los problemas vividos en los diferentes contextos vinculados a la historia de vida, como fuente de saber y de estímulos para que las personas se asuman como sujetos. Cuando se construye y se desarrolla una acción, de forma bidireccional, las partes generan un compromiso de transformación de sus propios saberes y prácticas [4, 1]. Esto significa una responsabilidad compartida, en la que el profesional de la salud y los sujetos se convierten en corresponsables de la búsqueda de la calidad de vida de todos los involucrados en el proceso.

Al considerar el ser humano, debemos tener presente en nuestras acciones que nadie puede cuidar del otro, si éste no quiere hacerlo por sí mismo. De igual manera, la construcción de redes solidarias sólo puede ser creada cuando la persona se conoce y se reconoce en la relación con el otro. Por lo tanto, cuidar del respeto por la libertad, por la capacidad individual de decidir sobre sí mismo, como también la protección del otro y de la colectividad, debe ser uno de los objetivos del trabajo con las comunidades [1, 4, 2, 5, 7, 8].

Si partimos del principio de que todas las personas tienen tendencia a la autorrealización, pero que para esto, necesitan de condiciones que les permitan potencializarla, la cuestión no es quitar las defensas de ellas y sí ayudarlas a encontrar las estructuras de referencia internas que ya tienen, porque sólo las personas saben de sus necesidades, por lo vivido y/o experimentado en su relación con el mundo [8]. Significa captar la experiencia tal y como es vivida cotidianamente, sin dejar de considerar el contexto social en que los individuos se desarrollan [9]. Trabajar con saberes encontrados en la comunidad, en forma de ideas prácticas y hábitos, implica necesariamente una acción crítica y, al mismo tiempo, respetuosa y solidaria.

En el trabajo comunitario, se deben ofrecer posibilidades para que las personas se asuman como seres sociales, el conocimiento no puede ser separado del contexto de vida de las personas. El respeto y la aceptación de la diversidad, la consciencia de que el ser humano es inacabado, hace posible el ejercicio de indagar, comparar, dudar, despertar la curiosidad, sin invadir la privacidad de los otros, en la búsqueda de nuevos conocimientos, no para señalar los errores, las fallas, pero sí para ayudar a encontrar soluciones [4, 8, 7].

Motivar a la comunidad no es solamente identificar fragilidades y carencias. Es identificar y suscitar las fuerzas y las capacidades de los individuos, de las familias y de las comunidades para que, a través de sus recursos, puedan encontrar sus propias soluciones y su-

perar las dificultades impuestas por la cotidianidad y por la sociedad [7]. Las dificultades que se presentan en las comunidades están relacionadas con la forma como éstas enfrentan sus problemas cotidianos, la mayoría de las veces no cuentan con una estructura emocional para enfrentarlas, lo que inevitablemente se puede transformar en problemas de salud mental.

El sujeto busca alivio y/o cura para su sufrimiento en el profesional de la salud. Pero éste no está preparado para lidiar con estas situaciones, porque el tema del sufrimiento es poco discutido en la propia formación académica. El modelo biomédico continúa orientando la formación y las prácticas de salud, focalizadas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades ya definidas [10, 7]. Esto limita al profesional de la salud para lidiar con el sufrimiento y los aspectos subjetivos del adolecer.

Cada vez más se evidencian síndromes indefinidos como la ansiedad, el estrés, las angustias, la depresión, miedos, dolores inespecíficos, generados muchas veces por la violencia, falta de condiciones mínimas de sobrevivencia, entre otras situaciones, que no se encuentran configuradas como enfermedades [10].

El proceso de la salud –enfermedad incluye tanto la dimensión colectiva como la individual. Colectiva porque la salud de los sujetos está influenciada por la salud del contexto social en el cual se encuentran. Individual, porque el sufrimiento y el dolor, aunque compartidos con otras personas, la forma como son experimentados es única, personal y singular [11, 10]. Por lo tanto, conocer la comunidad y sus sufrimientos es de gran importancia cuando se discuten políticas públicas relacionadas con la promoción y prevención de la salud.

La Terapia Comunitaria (TC), viene al encuentro de una necesidad del ser humano, convivir con las diferencias y ser corresponsable en la búsqueda de soluciones y la superación de desafíos cotidianos [7]. Creada como un espacio comunitario donde se procuran compartir experiencias de vida entre los miembros de la comunidad, se transformó en un instrumento valioso para trabajar los problemas cotidianos de las personas. El registro y publicación de la TC se encuentra en su fase inicial en relatos de experiencia y en camino de investigación y validación de su efectividad. Ésta es una de las razones por las cuales se hace necesario analizar y evaluar el impacto de la TC en el trabajo comunitario [7, 16].

Los encuentros de TC se caracterizan por ser espacios de cuidado, abiertos, libres y no de tratamiento psicológico. Tiene como objetivos reforzar la dinámica interna de cada individuo, la autoestima individual y colectiva, la confianza en el individuo, valorar el papel de la familia y el grupo social, suscitar la unión y la identificación con los valores culturales, favorecer la construcción y reconstrucción de las relaciones socia-

les, promover y valorizar las instituciones y prácticas culturales tradicionales, estimular la participación, promoviendo el diálogo y la reflexión [7]. Es un espacio donde se procuran compartir experiencias de vida y saberes [12] de forma horizontal y circular, que anima y fortalece las relaciones humanas en la construcción de redes de apoyo social más solidarias. Ayuda a percibir que la fuerza de la comunidad actúa donde, muchas veces, la familia y la política no lo consiguen; valoriza el poder del colectivo y sus interacciones en el compartir, en las identificaciones con el otro y en el respeto por las diferencias [7].

La experiencia cuando es compartida y cuando se cuenta con un espacio en que las personas tengan la oportunidad de hablar sobre sí mismos y escuchar a los otros, permite la construcción de nuevos saberes [4], diferentes formas de interpretar lo que siente y la forma como actúa cuando está recibiendo un servicio.

El objetivo de este estudio fue el de identificar, a través de los registros de evaluación de los encuentros de TC, problemas cotidianos que afligen a las comunidades, con la finalidad de conocer y mapear el dolor y el sufrimiento referenciado por los participantes.

Metodología

El proceso consistió en un estudio cualitativo de tipo descriptivo [13, 14, 15]. Para la recolección de los datos se utilizaron los registros elaborados por los terapeutas al final de cada encuentro. En estos registros se encontraron datos sobre el lugar, fecha y horario de la TC, número de participantes (antiguos y nuevos), edad, problemas presentados, problema escogido, tema, estrategias utilizadas, aprendizajes, beneficios de la TC.

Para efectos de análisis, fueron escogidos los temas: problemas presentados y problemas escogidos, asimismo, se identificaron categorías de análisis de acuerdo con la frecuencia en que fueron referenciados por los participantes.

Se realizaron 1.164 encuentros de TC, en el período de agosto de 2006 a diciembre de 2008, por alumnos del curso de formación de Terapeutas Comunitarios (22 psicólogos de la red básica de salud) y estudiantes del curso de psicología de la Universidad de Uberaba. Los encuentros de TC hicieron parte de la práctica obligatoria como requisito final para recibir el título de terapeuta comunitario y para validar la práctica II de salud colectiva de los alumnos de sexto semestre de psicología. Cada encuentro fue registrado de acuerdo con un modelo previsto, con la finalidad de unificar los datos para posterior análisis y recolectar de la forma más fidedigna los relatos de los participantes.

Para efectos de este análisis fueron seleccionados 774 registros de los 1.164 encuentros, en tanto estaban registrados de forma adecuada los datos solicitados de las sesiones de TC. Éstas mantuvieron una frecuencia de una vez por semana. Los encuentros fueron realizados en diferentes lugares e instituciones de la ciudad. Participaron personas de todas las edades, hombres y mujeres.

Fue realizada una revisión cuidadosa de los registros, seleccionando para los análisis solamente aquellos que se encontraban debidamente anotados y cuyos datos estaban claros y completos. Dentro de los problemas que se presentaron en los registros encontramos: datos incompletos relacionados con número de participantes, lugar, edad, sexo; errores en el registro de los problemas planteados; falta de claridad en el problema escogido para discusión por los participantes. Es importante precisar que en algunas instituciones fueron desarrollados varios grupos de TC, gracias a la disponibilidad de la institución en relación con el espacio y el horario, lo que facilitó ofrecer varias posibilidades que permitieran la participación de diferentes personas de la comunidad.

Debido a las características de los encuentros los registros permitieron obtener una visión amplia de los datos recolectados, en estos fue posible observar las creencias, los valores, hábitos, costumbres, opiniones, sentimientos, emociones como producto de las interpretaciones que las personas hacen, relacionadas con la forma como viven y construyen su realidad, así como la percepción que tienen de sí mismos [13].

Los registros de los diferentes encuentros, permitieron identificar cómo las personas piensan, sienten y reaccionan frente a sus problemas, asimismo, lo que cada uno entiende y la forma como construye estrategias para lidiar con el estrés. De igual forma, observar cómo las personas y la comunidad consiguen resignificar su dolor y su sufrimiento por medio de la palabra y del escuchar dentro del grupo; construir redes de apoyo social por identificación con el problema o por solidaridad.

Fueron identificadas 10 categorías de análisis obtenidas de acuerdo con la frecuencia en que aparecieron los problemas y definidas con base en el registro de los relatos de los participantes. Entre las categorías identificadas encontramos: discriminación/abandono, miedo/impotencia/preocupación, violencia, conflictos en las relaciones, pérdidas, enfermedades, depresión, dependencia, superación y agradecimiento.

Resultados: análisis y discusión

En el período en que se realizaron los encuentros de TC se obtuvieron 1.164 registros; para efectos del análisis fueron utilizados 774 (67%), por contar con datos com-

pletos y claros, el 23% de los registros presentaron errores en las anotaciones y datos incompletos. De los 47 grupos creados, hacen parte de este análisis los registros de 43 grupos de TC, en diferentes lugares de la ciudad de Uberaba. Dentro de los locales tenemos: puestos de salud, centros sociales, escuelas, centros parroquiales, iglesias, hospitales, casas de apoyo, centros de tratamiento de farmacodependientes, asociaciones, centros espirituales, entre otros. Participaron de 9 a 20 personas por encuentro. El 35% eran de sexo masculino y 65% femenino. Dentro de las categorías de edad, tenemos que el 14,7% (0 – 12 años), 16,1% (13-17 años), 55,8% (18 – 60 años) y 13,4% (mayores de 60 años).

Debido a las características de los encuentros de TC, por ser abiertos a la participación de las personas, estaba en querer y compartir sus sentimientos y/o sufrimientos si así lo quisieran; propició tanto la ausencia como la inclusión de las personas en cada encuentro. De los 43 grupos donde se desarrollaron los encuentros de TC, dos de ellos eran grupos específicos para farmacodependientes; luego no abiertos a la comunidad en general. En éstos, el número de participantes era determinado por la rutina de la institución. Se promovió, no sólo la cantidad de participantes, sino también el retorno de los mismos. En promedio retornaban el 80% de los participantes de la sesión anterior. Todos de sexo masculino, cuyas edades oscilaban entre los 12 y 17 años (11%) y entre los 17 y 60 años (89%). Sin contar que a cada encuentro se incluían nuevos internos, de 2 a 6 personas.

Es importante resaltar que en las instituciones donde se realizó el tratamiento para farmacodependientes existen reglas rígidas de convivencia que debían ser cumplidas como parte del tratamiento; los encuentros de TC no hacían parte de la propuesta de tratamiento institucional; se presentó como una actividad de voluntariado que no interferiría en el modelo de tratamiento. Observamos en estas dos instituciones, la aceptación del público interno por su participación activa y frecuencia bastante significativa, para ellos se convirtió en un espacio donde podían hablar sin ser discriminados, mal vistos o juzgados.

Estos encuentros se desarrollaron en un clima de confianza donde los participantes expresaron sus sentimientos, sensaciones y emociones. Hablar y desahogarse, tanto por sus sentimientos de culpa, como por la presión recibida en las diferentes etapas del tratamiento, disminuyó en parte la ansiedad por los encuentros con la familia y por mantenerse bajo las reglas de la institución. En una de las instituciones, los encuentros fueron bautizados por los propios internos de “reunión de sentimientos”, cuando los terapeutas por diferentes razones no intervenían, ellos se reunían y conversaban de la visita familiar, sobre las emociones y sentimientos generados por estos encuentros; esta terapia fue vista y sentida por

Tabla. 1 Lugar, número de encuentros, sexo y edad de los participantes

N.º	Local	A	B	C	D	%	E	%	F	%	G	%	H	%	I	%
1	Hospital Helio Angotti	8	38	5	6	15,8	32	84,2	-	-	4	10,5	34	89,5	-	-
2	Casa Jerônimo	33	216	7	65	30	151	70	-	-	4	1,9	212	98,1	-	-
3	Igreja da Ressurreção	24	197	8,3	56	28,42	141	71,58	-	-	-	-	172	87,3	25	12,7
4	Casa da Sopa: Wilson Passaglia	3	9	3	2	22,2	7	77,8	2	22,2	-	-	7	77,8	-	-
5	Casa da Amizade / UBS Álvaro Quaritá	3	37	12,3	2	5,4	35	96,6	-	-	-	-	31	83,8	6	16,2
6	Centro Irmão Jose	4	29	7,3	7	24,14	22	75,86	-	-	1	3,44	22	75,86	6	20,68
7	UBS Jacob Jose Pinto	17	108	6,4	25	23,15	83	76,85	-	-	-	-	108	100	-	-
8	Dpto Promoção Social – Dist. Delta	7	63	9	1	1,6	62	98,4	4	6,3	3	4,8	56	88,9	-	-
9	ACODI	5	47	9,4	44	93,6	3	6,4	-	-	8	17	35	74,5	4	8,5
10	Ambulatório de Saúde Mental	10	65	6,5	15	23,1	50	76,9	-	-	-	-	65	100	-	-
11	Casa da Sopa Adolph Flits	4	36	9	1	2,8	35	97,2	4	11,1	-	-	32	88,9	-	-
12	Creche Comunitária Cassio Rezende	37	223	6,1	30	13,5	193	86,5	3	1,3	-	-	70	31,4	150	67,3
13	UBS Maria Teresa Freitas	20	80	4	7	8,75	73	91,25	3	3,75	1	1,25	74	92,5	2	2,5
14	Salão Parroquial Nossa Sra. de Lourdes	4	13	3,3	1	7,7	12	92,3	-	-	-	-	13	100	-	-
15	Salão Parroquial São Judas	3	7	2,4	-	-	7	100	-	-	-	-	7	100	-	-
16	Lar Espirita Pedro Pablo	1	11	11	3	27,3	8	72,7	-	-	-	-	-	-	11	100
17	Caism	71	562	8	124	22,1	438	77,9	4	0,71	1	0,18	459	81,68	98	17,43
18	UBS Tutunas /João Resende	18	84	4,7	10	11,9	74	88,1	3	3,57	1	1,2	75	89,28	5	5,95
19	E.E. Gabriel Totti	12	158	13,2	68	43,04	90	56,96	-	-	86	54,43	72	45,57	-	-
20	PSF Conj. Volta Grande	2	22	11	6	27,27	16	72,73	-	-	-	-	2	9,1	20	90,9
21	Comunhão Espirita Cristã	20	139	7	17	12,23	122	87,77	-	-	-	-	110	79,14	29	20,86
22	UBS Luiz Meneghello – Salão Cristo Bom pastor	21	188	9	49	26,06	139	73,94	3	1,6	3	1,6	117	62,23	65	34,57
23	UBS Antonina Gonçalves Calho . G.1	76	618	8,2	51	8,25	567	91,75	17	2,75	10	1,62	473	76,54	118	19,09
24	UBS – Antonina Calho. G.2	14	137	9,8	59	43,07	78	56,93	-	-	137	100	-	-	-	-

N.º	Local	A	B	C	D	%	E	%	F	%	G	%	H	%	I	%
25	UBS- Rosa Maria	36	322	9	84	26,09	238	73,91	2	0,62	4	1,24	302		14	
26	Peirópolis – UBS dona Naná	7	113	16,2	45	39,82	64	56,54	2	1,77	5	4,42	96	84,96	10	8,85
27	B. Lourdes, Rua das acacias, 590	14	169	12,1	10	5,92	159	94,08	13	7,69	-	-	141	83,43	15	8,88
28	UBS Francisco José da Silva (Ponte Alta)	32	480	15	44	9,2	436	90,8	5	1,04	22	4,58	132	27,5	321	66,88
29	Grupo EJA / Comunidade	9	110	12,2	58	52,73	52	47,27	-	-	1	0,91	109	99,09	-	-
30	Residencial 2000 -mães	7	98	14	13	13,27	85	86,73	5	5,1	7	7,14	86	87,76	-	-
31	Casa do menor coração de Maria - G.1	12	167	14	9	5,4	158	94,6	-	-	6	3,6	161	96,4	-	-
32	UBS – Jorge Chireé Jardim - Alfredo Freire	24	214	9	90	42,06	124	57,94	12	5,61	10	4,67	117	54,67	75	35,05
33	Associação de Hipertensos	15	80	6	9	11,25	71	88,75	-	-	-	-	20	25	60	75
34	CRIA	8	105	13	51	48,57	54	51,43	7	6,7	84	80	14	13,3	-	-
35	Casa do Menor Coração de Maria G.2	23	350	15,2	214	61,14	136	38,86	174	49,7	153	43,7	23	6,6	-	-
36	SUPAM	16	185	12	-	-	185	100	185	100	-	-	-	-	-	-
37	Lar Espirita Vovó Querubina	45	518	12	-	-	518	100	426	82,24	47	9,07	45	8,69	-	-
38	Projeto Agente Jovem	6	63	11	37	58,7	26	41,3	-	-	61	96,83	2	3,17	-	-
39	Casa Guadalupe	19	129	7	88	68,22	41	31,78	16	12,4	111	86,05	2	1,55	-	-
40	Creche Coração de Maria G.3	20	270	14	163	60,37	107	39,63	66	24,44	189	70	14	5,19	1	0,37
41	Centro Herd	18	586	33	586	100	-	-	-	-	33	5,63	553	94,37	-	-
42	Casa do menor coração de Maria. G.4	24	373	16	229	61,39	144	38,61	183	49,06	164	43,97	26	6,97	-	-
43	Casa de Apoio Santa Rita de Cassia	22	319	15	306	95,92	13	4,08	3	0,9	88	27,6	228	71,5	-	-
Total		774	7738		2689		5049		1142		1244		4317		1035	
Porcentaje %					35		65		14,7		16,1		55,8		13,4	

A: Número de encuentros.

D: Número de personas de sexo masculino.

G: Número de personas de 13-17 años

B: Número total de participantes

E: Número de personas de sexo femenino

H: Número de personas de 18-60 años.

C: Media de los participantes por encuentro

F: Número de personas de 0-12 años

L: Número de personas mayores de 60 años.

Fuente: elaboración propia del autor

los participantes como una conquista y no permitieron que fuese ocupado por otra actividad institucional.

Con relación a los grupos (41) abiertos a la comunidad, observamos una gran dificultad para la creación y mantenimiento de los mismos. Los terapeutas tuvieron un intenso trabajo para convencer a los usuarios de participar y continuar asistiendo. Fue posible observar situaciones en que la persona participaba, compartía su sufrimiento, se sentía mejor y no regresaba al grupo. Otras, al inicio de los encuentros se mostraban inhibidos para hablar de sus problemas y preferían quedarse callados o dejaban de ir a los encuentros. Inicialmente, hubo resistencia y dificultad para entender la dinámica de cada etapa, de seguir las reglas y esperaban que el funcionamiento del grupo fuera como ya estaban acostumbrados.

Debido a las características de los encuentros y a la vivencia en su creación, observamos la importancia de involucrar líderes de la comunidad que, de alguna forma, reforzaron la importancia del grupo, la motivación y la convocatoria de los encuentros de TC a la comunidad; el interés y desenvolvimiento de estos líderes, mantuvo activos algunos grupos.

En los grupos, reunidos en las propias comunidades, se presentaron situaciones en las que algunos participantes se sentían inhibidos para hablar, por estar presentes personas conocidas en las sesiones; por lo tanto, manifestaban el temor de ser mal interpretados y que fuera divulgada su situación dentro de la comunidad. Este aspecto fue necesario discutirlo con el grupo y dejar claro que las dificultades o problemas socializados en los encuentros, son aquellos que pueden ser expuestos, otras situaciones de cuño más delicado y que la persona necesite conversar sobre ello, sería encaminada a un profesional de psicología. De alguna forma, se creó un clima de desconfianza para algunos participantes, hecho que fue trabajado dando libertad a las personas para exponer su problema y regresar cuando se sintieran más tranquilas y confiar en el grupo. Poco a poco, los participantes ganaron confianza y los grupos fueron cada vez mayores. Es importante recordar que, las personas que participaron de los encuentros no eran obligadas a estar allí. Esto generó varios tipos de participantes: los que eran frecuentes, los que venían de vez en cuando y los nuevos. A pesar de las dificultades, muchos grupos se mantuvieron por un tiempo e inclusive algunos continúan funcionando actualmente, gracias al interés de la comunidad y del profesional que se identificó con la TC, como parte de sus actividades profesionales.

Los encuentros contaban con algunas estrategias que eran utilizadas en cada etapa. Dentro de éstas, se prepa-

raba a los participantes para hablar de sus preocupaciones o dificultades del día a día, por tanto se utilizaban dinámicas que sensibilizaban a las personas dispuestas para hablar o escuchar, promoviendo un clima de confianza y respeto. Después de la motivación se pedía a las personas que quisieran compartir sus dificultades o sufrimientos al grupo de forma simple, con la finalidad de enumerar varios problemas, que fueran escogidos por votación, en una etapa posterior. La dinámica del grupo fue llevando a las personas tanto a la manifestación de su problema, como a la resignificación del mismo, a través del intercambio de experiencias y estrategias de solución.

En la socialización de experiencias fue posible observar que los problemas cotidianos tienen mucho que ver con la forma como las personas viven y reaccionan frente a su realidad, considerando las estructuras sociales, culturales y psicológicas con las que cuentan. Esta socialización generó confianza entre los participantes, fortalecimiento del grupo y la creación de redes de apoyo social, más allá del espacio del grupo, entre las personas de la comunidad.

Terminada la preparación del grupo para estar dispuestos a hablar/escuchar de forma atenta y respetuosa los problemas, fue solicitado en cada encuentro, la exposición de tres a cinco personas que desearan compartir sus problemas, recordando que deberían ser aquellos que podían ponerse en común. En los 774 encuentros de TC, fueron presentados 3.036 problemas o situaciones problema, sistematizados en categorías de acuerdo con la frecuencia de las manifestaciones de los participantes y el significado dado por ellos en los diferentes encuentros. Fueron escogidos por los propios participantes 774, correspondiendo a una situación a ser problematizada por encuentro. Buscamos establecer puntos comunes para comprender la forma como viven y entienden sus problemas y aficciones cotidianas. Cabe resaltar que crear las categorías de análisis fue una tarea ardua, por el surgimiento de sentimientos y emociones difíciles de separar de cada identificación del problema. Por tanto, las categorías fueron establecidas de acuerdo con la intensidad/frecuencia con que fueron apareciendo, sin perder de vista la situación y lo que ella representa para la persona que lo expuso y para el grupo que se identificó con la misma.

Dentro de los problemas más referidos encontramos: ansiedad, soledad, tristeza, miedos, violencia doméstica, abuso sexual, sentimientos de culpa, separación, discriminación, abandono, depresión, rabia, negligencia, dificultad en las relaciones con hijos, pareja, compañeros de trabajo, vecinos, pérdida de seres queridos, empleo, bienes materiales, dependencia de drogas, alcohol, cigarrillo, problemas de la adolescencia, entre otros.

Se describieron los problemas apuntados por los asistentes de los grupos de TC lo cual ayudó a visualizar las diferentes problemáticas o situaciones vividas por las comunidades, así como las situaciones escogidas para ser problematizadas en los grupos de TC. Para este propósito, se tuvieron de base las anotaciones realizadas por los terapeutas en los registros de cada encuentro. En el momento de exponer los problemas, se observó que las personas tenían dificultad para nombrar lo que estaban sintiendo y, la mayoría de las veces, sus relatos venían cargados de fuertes emociones y sensaciones que dificultaban su identificación.

Para entender las situaciones de los participantes, se crearon categorías que permitieron operativizar de forma más adecuada las dificultades presentadas, sin perder de vista aquello que lleva a las personas al sufrimiento. En la tabla 2 y figura 1, están registrados un total de 3.036 problemas/situaciones/dificultades planteados en las diferentes sesiones de TC, lo que corresponde a (5 por encuentro). En la tabla 3 y figura 2, se encuentran registrados los problemas que fueron escogidos para ser problematizados y discutidos con mayor profundidad, proceso que permitió la socialización de estrategias de solución, por medio del intercambio de experiencias, de quienes ya pasaron por una situación semejante.

Tabla 2. Número de veces en que es referida por los participantes

	Categoría referida (problema planteado)	Cantidad	%
1	Discriminación	289	9,5
2	Miedo	900	29,7
3	Violencia	182	6
4	Relaciones	534	17,6
5	Pérdidas	139	4,6
6	Enfermedades	348	11,5
7	Depresión	55	1,8
8	Dependencia	132	4,4
9	Superación	329	10,9
10	Agradecimiento	124	4
	Total	3.036	100

Fuente: elaboración propia del autor

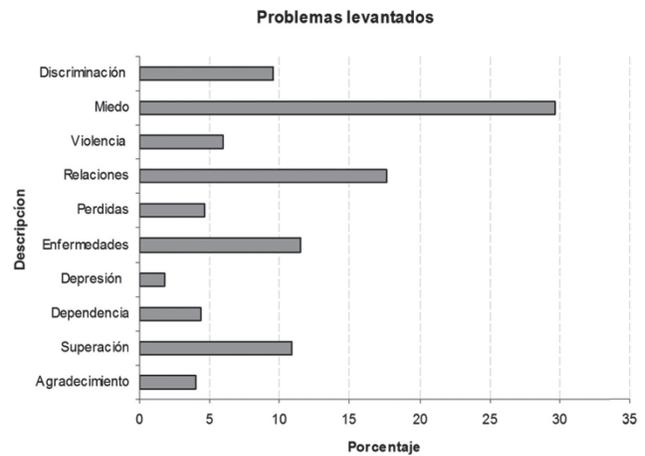


Figura 1. Problemas y/o situaciones planteadas en los encuentros de TC

Tabla 3. Número de veces que fueron escogidos los problemas

No.	Categoría escogida (Problema discutido)	Cantidad	%
1	Discriminación	103	13,3
2	Miedo	249	32,2
3	Violencia	45	5,8
4	Relaciones	151	19,6
5	Pérdidas	44	5,7
6	Enfermedades	59	7,6
7	Depresión	14	1,8
8	Dependencia	43	5,5
9	Superación	51	6,6
10	Agradecimiento	15	1,9
	Total	774	100

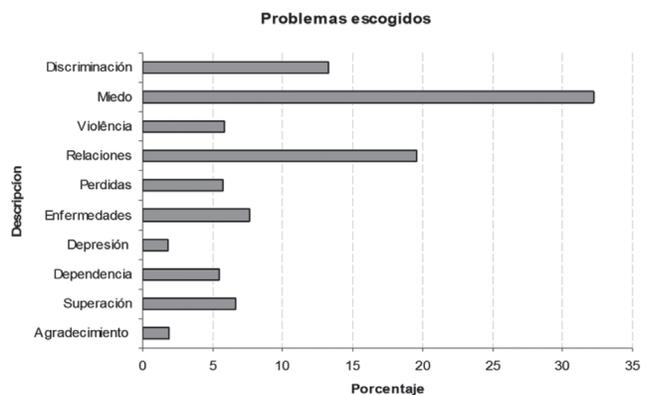


Figura 2. Problemas escogidos para ser discutidos en los encuentros

El 9,5% de los problemas planteados hicieron referencia a la discriminación y al abandono, siendo escogido para discusión en 103 (13,3%) encuentros. Por discriminación se entiende el no ser aceptado, sentirse despreciado, acusado, juzgado y mal visto. Esto se debe a que eran considerados deficientes, pobres, adoptados, mujeres, prisioneros y/o dependientes. En cuanto al abandono, se refieren a la falta de apoyo familiar, ser abandonado por enfermedad del hijo, por la edad, por tratamientos en ciudades lejanas a la tierra y distante de sus familiares, así como, sentirse solo después de la salida de los hijos de casa, esta última surgió de forma significativa en las personas de mayor edad.

Llamó la atención el hecho de que las personas al hablar de sus problemas manifestaran la aparición de varios sentimientos y sensaciones relacionadas con el miedo que lleva a la tristeza, a la impotencia y a grandes preocupaciones. Las situaciones de miedo, tristeza, culpa, impotencia y preocupación se manifestaron en 29,8%, siendo escogido para ser problematizado en 249 (32,2%) encuentros. Los participantes hicieron referencia a problemas tales como: situaciones nuevas, a decepcionar, a causar sufrimiento, “ver los hijos con hambre y no conseguir parar de beber, no saber enfrentar la vida”. Generalmente, las preocupaciones están relacionadas con el futuro, con lo que los otros pueden pensar sobre sus actos, con las pérdidas por causa de la enfermedad, la vejez y la posibilidad de transformarse en una carga.

La adolescencia de los hijos se convierte en una preocupación por los riesgos que pueden pasar en relación con las drogas, embarazos, enfermedades, inseguridad, educación, límites y orientación. Los miedos están relacionados con diagnósticos de enfermedades graves, con la dependencia, con la reacción de los otros, del rechazo, de amar, de la muerte, como lo expresa uno de los testimonios: “Miedo de que mi padre muera en la cirugía, mi madre ya murió y yo no quiero que él muera, quién cuidará de mí...” Igualmente, estuvo en relación con otras situaciones, como el miedo a la realidad, las malas experiencias, los animales, perder el empleo y las malas compañías.

Cabe resaltar que estas personas presentan una autoestima muy baja, se sienten frustradas por lo que no hicieron y les gustaría haber hecho. Siempre están con pensamientos negativos en relación a sí mismos, sentimientos de inferioridad, fragilidad e inseguridad. Son personas conformistas, que se apegan a las cosas, no creen en sí mismas, consideran que todo lo que hacen está errado o saldrá errado. En general, al problematizar la situación fue posible percibir que el miedo manifestado se debe a una gran preocupación por no contar con los recursos básicos para superar las dificultades relacionadas con el futuro de los hijos, de los padres y de sí mismos. Muchas veces manifiestan miedo

a sufrir de nuevo, de no realizar lo que se proponen, de ver personas próximas con grandes dificultades y no poder ayudarlas, así como el no poder protegerlos de los riesgos sociales, del hambre, de la enfermedad y de la muerte.

La violencia, es la causa de muchos de los sufrimientos relatados por los participantes (6%), fue escogida para ser problematizada en 45 (5,8%) de los encuentros de TC. De esta manera, se convierte en una categoría importante, no solamente por ser identificada, sino también por ser una situación que padecen las comunidades en estos tiempos. Los participantes hacen referencia a la violencia doméstica, maltrato físico, abuso sexual, amenaza con arma, tortura, agresividad, tanto física como emocional, entre los padres, hermanos, familiares, colegas de escuela y de trabajo; padres violentos; amenazas de abandono; raptos de los propios hijos; agresión a los abuelos; robos seguidos de muerte, entre otras formas.

Las personas más jóvenes señalaron el desacuerdo con colegas, las amenazas a los profesores, el deseo de resolver con agresividad, alegría y emoción al devolver la agresividad. El temor a ser violentos cuando crezcan como sus padres y familiares. Ellos conviven con tiroteos, muertes, peleas, atropellamientos dentro del barrio. Visitas a las casas de rehabilitación de adolescentes, donde muchas veces encuentran a sus hermanos y/o hijos siendo maltratados y torturados. De alguna forma, las situaciones violentas vienen acompañadas de sentimientos como el miedo, la angustia, la preocupación, como fue indicado en la categoría anterior.

El 17,8% de las dificultades planteadas hicieron referencia a conflictos en las relaciones entre las personas, siendo escogido para discusión en 151 (19,6%) encuentros. Los conflictos hicieron referencia a dificultades para mantener una buena relación con padres, hijos, pareja, familiares, amigos, compañeros de trabajo y vecinos. En la familia las relaciones se vuelven difíciles cuando hay pérdida de confianza, de respeto y dificultad de establecer un diálogo. Problemas de pareja relacionados con aceptar hijos fuera del matrimonio, infidelidad, humillación, celos excesivos y separación.

Otra situación se refiere al cuidado de los padres de edad avanzada y/o enfermos. Cuando se trata de la relación con hijos adolescentes, parece aumentar la dificultad por no saber cómo lidiar con la rebeldía, la falta de límites, con el comportamiento, con las malas compañías, el embarazo, las drogas, el alcohol y el suicidio. Ya las dificultades manifestadas por el adolescente hacen referencia a al control exagerado, recibir castigos y acusaciones injustamente, dificultad para aceptar la nueva pareja de uno de los padres, no saber cómo comunicarse y sentirse incomprendido.

Las relaciones de trabajo son marcadas por la insatisfacción de la opción profesional, problemas con colegas, discriminación, maltrato e inclusive asedio moral dentro de la empresa; así como las dificultades económicas y la inseguridad en mantener el empleo. Todo esto genera no sólo problemas de relacionamiento en el medio laboral, como dentro de la familia. En algunos encuentros fueron discutidos también problemas con vecinos, con la justicia, entre otras situaciones.

Dentro de los problemas referenciados se encuentra la dificultad para lidiar con las pérdidas en 4,6% y escogido para ser problematizado en 44 (5,7%) encuentros. Se refieren a las pérdidas a lo largo de la vida, relacionadas con la muerte de seres queridos, muchas veces por causas violentas o por enfermedad; con la pérdida del empleo y dificultad para encontrar de nuevo, la mayoría de las veces por falta de formación; con la pérdida de bienes materiales, como consecuencia del tráfico de drogas; y con la pérdida de la amistad y/o de personas próximas.

Aunque la enfermedad es causa de otras dificultades, fue resaltada aquí por traer una nueva situación, ajena a aquellas ya discutidas. El 11,5% se refieren específicamente a esta cuestión y fue escogida en 59 (7,6%) encuentros. Si bien es cierto que manifestaron gran preocupación y dificultad en aceptar tanto la propia enfermedad, como la de los seres queridos, sin embargo, en estos encuentros fue señalado el desgaste físico y emocional de la persona que cuida. Surgen conflictos con relación a la disposición para el cuidado de los parientes enfermos y la sobrecarga generalmente para una persona de la familia.

En cuanto a la depresión, fue escogida como un criterio, por ser una de las enfermedades más esperadas en los tiempos actuales, fue señalado en 1,8% y propuesto para discusión en 14 (1,8%) encuentros. Es importante dejar claro que esta preocupación la manifestaron personas que fueron diagnosticadas y se encuentran recibiendo tratamiento médico. Algunas personas afirmaron presentar mejoras con los medicamentos, mientras que otras dicen no saber lo que sucede con ellas, no le encuentran sentido a la vida y no desean luchar por ella, a tal punto que algunas intentarían el suicidio. Dentro de las causas apuntadas tenemos infelicidad en el matrimonio, separación después de 25 ó 30 años, pérdida de los hijos por enfermedad y/o violencia, soledad y otros por abandono.

Actualmente, se discute la cuestión de la dependencia tanto de drogas, alcohol y tabaco, así como las consecuencias para la familia y la sociedad [7, 10]. Fue planteado el 4,4%, dentro de los problemas que afligen a la comunidad y escogido para discusión en 43 (5,5%) encuentros de TC. Cabe anotar que, aunque en las otras categorías fueron señaladas situaciones relacionadas

con la dependencia, en este ítem fueron manifestadas dificultades específicas vividas con padres, maridos, hijos y nietos dependientes de drogas y de alcohol. Situaciones como la agresividad, la amenaza, el robo para mantener el vicio, pérdidas económicas y sociales, fragilizan las familias y las dejan sin posibilidad de reacción. La droga y el alcohol traen, además de los problemas apuntados, muerte, violencia, asaltos, prisión y pérdida total de la tranquilidad familiar y social. En relación con el tabaco, algunas personas manifiestan, como consecuencia, enfermedades respiratorias, cáncer y otras, disminuyendo la calidad de vida de algunas de ellas y/o de parientes.

Llamó la atención en el planteamiento de problemas, que en el 10,9%, al mismo tiempo en que hablan de sus dificultades, también hacen una reflexión sobre sus actitudes e identifican fallas, reconocen errores y muestran una gran disposición para superar las adversidades, al compartir deseos de superación y de esperanza, a través de diferentes formas. Los participantes escogieron discutir esta cuestión en 51 (6,6%) encuentros de TC. En el intercambio de experiencias manifestaron disposición para ayudarse y ayudar a los otros (familiares y amigos) para que no pasen por lo que ellos ya atravesaron. A pesar de las dificultades, se identificó en los relatos un punto común, a saber, la esperanza por momentos mejores. En relación con los relatos de los niños y adolescentes, el hecho de participar en actividades fuera de la rutina de la escuela, como viajar, participar de cursos, eventos, visitar familiares, conocer lugares nuevos, mostró que ofrecer actividades positivas, de alguna forma, se convierten en factores protectores que permiten la alegría y la superación de momentos difíciles, como la violencia y el abandono.

En el planteamiento de las situaciones se observó que, pasado un tiempo de los encuentros, el 4% eran relatos de agradecimiento y valorización del grupo. En 15 (1,9%) encuentros, los participantes encogieron discutir sobre los cambios promovidos por las reuniones, el intercambio de experiencias y por las identificaciones con los problemas de los otros. Los participantes relataron el significado de estar en el grupo de TC con énfasis en el hecho de ser escuchados y no ser juzgados por lo que son, piensan y realizan. Algunas personas afirmaron que, después de frecuentar el grupo, se sentían más seguros, más tranquilos, menos aprensivos al exponer sus sentimientos, sabían que no serían juzgados; relataron que hablar les dejaba más aliviados de sus problemas y les permitió identificar personas que ya pasaron por el mismo problema y encontraron solución.

Problematizar el sufrimiento permitió al grupo entrar en contacto con posibles soluciones, identificar, contextualizar y resignificar los propios problemas, por medio de preguntas que buscaron promover el encuen-

tro consigo mismos y su relación con los otros, experiencia que desencadenó reflexiones y reordenación de ideas. La estrategia de TC permite que las personas que participaron llegaran con una visión de mundo y salieran enriquecidas cuando fueron confrontadas con otras visiones de la realidad.

Conclusiones

Introducir la terapia comunitaria en las poblaciones es una tarea ardua y difícil, posiblemente por ser una propuesta diferente que ofrece un espacio libre, que trabaja con la persona y no con la enfermedad, no se limita por sexo o edad, ni por número de personas. Se observa que la palabra terapia como tal es rechazada, por creer que se refiere a aquel que tiene una enfermedad mental. Esta concepción, inicialmente, provoca la presencia de pocos participantes, orientaciones inadecuadas, horario inconveniente, entre otros. Con el tiempo, la TC va mostrando resultados no sólo a la comunidad, sino también a los propios profesionales de la salud. Como espacio de cuidado permite que la persona que necesita de atención especializada, tenga un grupo de apoyo mientras espera para ser tratado de forma individual.

Observar que, cuando las personas se encuentran y no son juzgadas por lo que dicen, sienten y piensan, contribuye para que puedan enfrentar con mayor facilidad los sufrimientos y miedos, identificar personas con las mismas dificultades, crear redes de apoyo social, desarrollar actitudes más solidarias, responsables y afectivas, fortalecer a las personas y a la comunidad, así como buscar medios más eficientes para superar las dificultades. Al mismo tiempo, conocer cómo viven y conviven las personas con sus problemas cotidianos, permite no sólo la resignificación, como también la elaboración de acciones más efectivas de atención.

El contacto con el material registrado, muestra que las dificultades de las personas en las diferentes comunidades están relacionadas con la forma como enfrentan el sufrimiento y desarrollan formas de convivir con las adversidades, en su cotidianidad. Este proceso nos lleva a percibir que el hablar de sus problemas y ser cuestionados, respetados y valorizados contribuye para revisar, reconocer sentimientos y emociones y, así, crear estrategias que faciliten la convivencia del día a día dentro de las comunidades.

La TC contribuye a dar un salto cualitativo [7] en la vida de las personas, llevándolas a la reflexión, a reunirse cuando la duda aparece y a darse cuenta que alguna cosa cambia en la vida cuando se está dispuesto a compartir su experiencia de vida, cuando aprende a hablar, escuchar de forma atenta y cuidadosa al otro.

Como estrategia, permite no sólo identificar a las personas que realmente necesitan de atención psicológica, así como contribuye a la disminución de la demanda en los servicios de salud del municipio, ofreciendo un grupo de apoyo para las personas que necesitan atención especializada, mientras esperan ser atendidos de forma individual.

Para explicar las contribuciones que la estrategia de TC ofrece para promover la salud de las comunidades, conviene mostrar las propias manifestaciones de las personas que de ella participaron, conforme a sus palabras:

“... nos ayuda a equilibrar internamente”; “importante para aprender cómo las personas lidian con sus problemas”; “nos enseña a encontrar la felicidad donde menos esperamos”; “estar aquí, me hace sentir bien, compartir mis experiencias con las personas”; “aquí todo el mundo es amigo”; “desde que participo siempre llevo algo nuevo para casa”; “cuando salgo de aquí me siento más aliviado, más tranquilo”; “aprendí a hablar de mí y de mis problemas”; “aprendí que la solución de mis problemas está en mí misma”. “hoy me siento más segura, sé que puedo hablar y no seré juzgada”; “creía que no tenía salida y que sólo yo sufría”; “espero con ansiedad el día de la terapia, ella es muy importante para mí”; “la terapia me ha ayudado a descubrir cosas que no conocía de mí”; “aprendí a imponerme, antes mi marido no me daba valor, después de estar aquí yo aprendí que puedo decir no y no va a suceder nada, al contrario él hoy me respeta y me consulta” (Participantes de los encuentros de TC)

Estos testimonios muestran que la TC permite que las personas se reconozcan a sí mismas y a los otros a través de la identificación de experiencias de vida y sufrimiento semejantes. Por tanto, es un espacio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, donde el cuidado, el respeto por la historia del otro, genera una red social incuestionable que, sin duda, fortalece al individuo, al grupo y genera transformación en la vida cotidiana de las personas que de ella participan.

Se recomienda ofrecer un espacio de cuidado, donde las personas puedan amenizar y resignificar su dolor y sufrimiento [7]. En esta propuesta, el cuidado se entiende como parte de la esencia humana y no apenas un acto puntual, se trata de una actitud de respeto, responsabilidad y preocupación para con el prójimo. Cuidar es, por lo tanto, una actitud interactiva que incluye el desenvolvimiento y la relación entre las partes, al comprender, acoger, escuchar, respetar el sufrimiento y las historias de vida. Si el cuidar puede amenizar el impacto del sufrimiento, por otro lado la falta puede agravarlo [11, 14, 7]. Aunque la desorganización social esté presente en la cotidianidad de la población, su impacto no es el mismo para todos los sujetos. Las diferentes maneras como las personas reaccionan dependen de la

forma como se relacionan y de la capacidad de lidiar con las circunstancias sociales [11, 10]. La carencia y la sensación de no tener control de la propia vida y de no tener contactos sociales, tiene una fuerte influencia en la forma como se lidia con el sufrimiento. Al mismo tiempo, se parte de la convicción de que en las comunidades, lo que las personas tienen en común, entre otras afinidades, es el sufrimiento, la búsqueda de soluciones y la superación de sus dificultades.

Cuando las personas se encuentran en un espacio de cuidado y no son juzgadas por lo que dicen, sienten y piensan, contribuye para que puedan enfrentar con mayor facilidad los sufrimientos y miedos, identificar personas con las mismas dificultades, crear redes de apoyo social, desarrollar actitudes más solidarias, responsables y afectivas, fortalecer a las personas y a la comunidad, buscar medios más eficientes para superar las dificultades. Al mismo tiempo, conocer cómo las personas viven y conviven con sus problemas cotidianos, permite no sólo la resignificación, como también la elaboración de acciones más efectivas de atención.

La TC viene al encuentro de una necesidad del profesional de la salud, ofreciéndole un instrumento de trabajo de promoción y de prevención. Permite la superación de la técnica, pautada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, en la que existe poco espacio para escuchar a los sujetos y sus sufrimientos, para acoger y para la atención y cuidado en salud. Le permite percibir el hombre y su sufrimiento en una red relacional, identificar tanto la patología, como trabajar el potencial de las personas que se encuentran en sufrimiento.

Al mismo tiempo, es importante considerar que para promover espacios como el propuesto por la TC, se requiere del fortalecimiento de vínculos con líderes comunitarios e instituciones que prestan servicios, así como de los propios usuarios, para su viabilidad. Igual-

mente, identificar elementos de las dificultades cotidianas en las comunidades aporta en la elaboración de políticas públicas de promoción de la salud más exitosas.

Referencias

- 1 Briceño LR. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública* 1996; 12(1): 7-30.
- 2 Valla VV. Educação e saúde: do ponto de vista popular. En: Valla VV, coordinador. *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.
- 3 Toro AJB. Mobilização social - um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte: Autêntica; 2004.
- 4 Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários para a prática educativa*. 7.ª ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra; 1998.
- 5 Góis CWL. *Saúde comunitária: pensar e fazer*. São Paulo: Adalberto & Rothschild; 2008.
- 6 Vasconcelos EM. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec/Min. Saúde; 2001.
- 7 Barreto AP. *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.
- 8 Rogers C. *Sobre o poder pessoal*. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- 9 Nogueira MA, Martins CM. *Bourdieu & a educação*. Belo Horizonte: Autêntica; 2004.
- 10 Lacerda A, Valla VV. *As práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento*. En: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2004.
- 11 Sluzki CE. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
- 12 Freire P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
- 13 Souza, MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10.ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 2007.
- 14 Cajide J. La investigación cualitativa: tradiciones y perspectivas contemporáneas, *Revista Bordón* 1992; 44(4): 357-373.
- 15 Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de salud pública* 2002; 76(5).
- 16 Fuentes M. *Psicologia e Saúde: A Terapia Comunitária como instrumento de sensibilização para o trabalho com comunidades na formação do psicólogo*. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2011; 31(2): 420-435.