

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN *LOS PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL* EN
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE CALI

Luisa Fernanda Holguín Castaño

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

SANTIAGO DE CALI

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN *LOS PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL* EN
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE CALI

Luisa Fernanda Holguín Castaño

Monografía presentada como requisito para optar por el título de Trabajadora Social

Director

Nicolás Ortiz

Odontólogo. Magister en Salud Pública &
Magister en Sociología

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

SANTIAGO DE CALI

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
Capítulo 1 Caracterización del estudio	6
1.1 Antecedentes	6
1.2 Definición del problema	16
1.3 Pregunta y objetivos de investigación.....	18
1.4 Justificación	18
Capítulo 2. Marco de Referencia Teórica-conceptual	21
Capítulo 3 Recorrido metodológico	33
3.1 Tipo de estudio	33
3.2 Método.....	33
3.3 Selección de información	34
3.4 Tipo de Análisis.....	35
3.6 Proceso de investigación	36
Capítulo 4 Programas para la prevención y control de la DM y la HTA	39
4.1 Aproximaciones al marco normativo/legislativo.....	39
4.2 Contexto institucional.....	44
Capítulo 5 Marcos interpretativos	49
5.1 Reconocimiento de los agentes de intervención psicosocial	49
5.2 Los sujetos de intervención y las ECNT, desde los agentes.....	54
Capítulo 6 La intervención psicosocial	59
6.1 Objetivo de la intervención psicosocial.....	59
6.2 Estrategias de intervención psicosocial	61
6.3 Análisis de la intervención psicosocial, en los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA en IPS de Cali	65
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	82

INTRODUCCIÓN

La investigación “Caracterización de los programas para la prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial en Cali (Colombia)”, fue elaborada por el Centro de Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnologías en Salud Pública (DECETES) de la Universidad del Valle, en el año 2013, con financiación de la misma Universidad, con el propósito de posibilitar la producción de conocimiento en Salud Pública y facilitar la formación en investigación para estudiantes de la Universidad del Valle de diferentes programas académicos.

Por consiguiente, se asumió con la Universidad el compromiso de generar información suficiente que permitiera variada producción académica, en la que se inscriben este trabajo de grado para optar al título de Trabajadora Social. En este sentido, los objetivos de la presente investigación, se responden con la información suministrada por las fuentes secundarias: entrevistas recogidas para la investigación marco.

Los estudios con fuentes secundarias son válidos en la investigación social, considerada relativamente novedosa en los estudios cualitativos. Esta metodología representa la posibilidad de aprovechar y profundizar en aspectos e información que se recoge en un proceso de investigación convencional, pero que por la delimitación de objetivos que ha quedado fuera del análisis. En este sentido, se ha propuesto un nuevo marco de referencia teórica – conceptual y otra pregunta de investigación para realizar un análisis sobre la intervención psicosocial en los programas para la prevención y control de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

¿Por qué este estudio y cuál es su relación con disciplina?, estas preguntas se resuelven en el primer capítulo, a partir otros estudios revisados sobre el tema, la descripción de la situación de las enfermedades crónicas y su abordaje, además, se plantea la pregunta y objetivos que orientaron el proceso. En el segundo capítulo se presentan las referencias teóricas y conceptuales utilizadas; y en el tercer capítulo, el proceso de desarrollo metodológico.

Los hallazgos se presentan en los capítulos 4,5 y 6. En el capítulo 4 se hace una descripción de los programas, desde su marco normativo/legislativo y los recursos institucionales

dispuestos para la intervención psicosocial. En el capítulo 5, se pasa a comprender las perspectivas de los agentes, haciendo una interpretación de sus marcos de significados para la implementación de la intervención psicosocial.

En cuanto al capítulo 6 se describe la intervención psicosocial desde los objetivos o finalidad de la acción y las estrategias implementadas para alcanzarlas, así mismo, se hace una reflexión sobre la intervención psicosocial en los programas para la prevención y control de la diabetes y la hipertensión, tratando de recoger todos los elementos descritos en los capítulos anteriores y señalando cuál fue el papel del Trabajo Social. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones de esta mamografía para posteriores estudios sobre intervención psicosocial y/o estudios con información secundaria.

Capítulo 1

Caracterización del estudio

1.1 Antecedentes

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas (ECNT), son un grupo de enfermedades de origen incierto (sin causa fehaciente), de largos periodos de incubación y latencia, que no tienen cura completa, pero si son controlables a través de tratamientos continuos (Berrío, 1994; Organización Mundial de la Salud, 2015).

El origen de éste tipo de enfermedades se asocia más a los hábitos de vida de las personas que a las predisposiciones genéticas o la presencia de virus y bacterias, es decir, se considera que las ECNT dependen de las conductas de las personas (Malaga 2014; Castiglione, 2014) y a la globalización de modos de vida relativos al sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, la ingesta de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, y las condiciones de vulnerabilidad social y económica (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Sin embargo, las formas de enfermar o morir, así como las explicaciones y formas de tratar o intervenir sobre ellas, pueden variar a lo largo del tiempo, de acuerdo a los sistemas socioeconómico, políticos y culturales de una sociedad, así como a la dinámica poblacional (o demografía) y el grado de desarrollo científico de un país (Briceño, 2003; Laurel, 1993; Quevedo, 1990). Por ello, a continuación se revisan estudios que de manera directa o indirecta, abordan las formas de tratar o intervenir sobre las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, realizados entre el 2009 y el 2013 en los países Latinoamericanos, dada la semejanza en relación a las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales con Colombia y semejanzas en los sistemas de salud.

En este sentido se retoman elementos como: modelos y/o programas para el manejo de las ECNT, aspectos interpersonales implícitos en la intervención de personas diagnosticadas con alguna ECNT, además de investigaciones para reconocer la participación del Trabajo Social en la comprensión de las ECNT e intervención con personas diagnosticadas con algunas de ellas.

a. Participación del Trabajo Social en la comprensión y tratamiento de las ECNT:

En este grupo, se recogen algunas investigaciones realizadas desde Trabajo Social sobre ECNT, las cuales tienen en común el interés por los significados y experiencias de las personas diagnosticadas con alguna de ellas. De modo similar, se hace una aproximación a la intervención de Trabajo Social en el tratamiento de personas diagnosticadas con una ECNT.

En Colombia, Charry (2012) en su trabajo de grado de la Maestría de Intervención Social de la Universidad del Valle, estudió: “El cuerpo, entre la salud y la enfermedad: significados del cuerpo en personas con Diabetes Mellitus II en la ciudad de Cali”, desarrollada entre 2010 y 2011 con el objetivo de “comprender los significados otorgados al cuerpo en hombres y mujeres de diferente edad, diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II, a partir de la influencia de las relaciones de convivencia y de la mirada médica, en la ciudad de Cali” (Charry, 2012, pág. 3).

Este estudio fue cualitativo de caso; bajo una perspectiva fenomenológica y constructivista sobre el cuerpo, y emplea como técnicas de recolección de información, entrevistas individuales y grupales semiestructuradas, a dos hombres y dos mujeres entre 37 años y 69 años de edad, diagnosticadas con Diabetes Mellitus II a un tiempo mínimo de 3 meses (Charry, 2012). En esta investigación, la autora concluye que: la experiencia corporal y la consecuente noción de enfermedad, cambian a partir del diagnóstico de diabetes, más por las construcciones sociales sobre el cuerpo y la enfermedad, que por las sensaciones corporales y subjetivas del ser humano. Así mismo, argumenta que los informantes incorporaron el discurso médico en la construcción de sus significados sobre la enfermedad; “condicionándose así a un tipo de cuidado que permitía, en ocasiones cumplir con los preceptos clínicos y en otras ejecutar acciones “prohibidas” (...)” (Charry, 2012, pág. 112). En este sentido, las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus II desarrollaron una relación compleja con la alimentación, que más que una necesidad biológica, se convirtió en un acto afectivo y simbólico entre la necesidad de autonomía, independencia y resistencia a los imperativos sociales y médico – clínicos (Ibíd.).

Por otro lado, la autora resalta que el discurso médico tiene un efecto asociado con la mejoría del curso de la enfermedad en el sujeto, parecido a lo que se conoce como efecto

placebo, asociado al impacto simbólico de “factores personales del paciente, expectativas tanto del médico como del paciente sobre el tratamiento, información suministrada al paciente, relación médico-paciente y conocimiento sobre la enfermedad” (Ibíd., pág. 92).

Con estas conclusiones, se hace un aporte para reconocer que el discurso médico regula y define los modos de relación de las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus II con sí mismas, con su propio cuerpo, con los alimentos y con las diferentes actividades de su cotidianidad. La importancia de este trabajo radica en “entender que lo emocional, lo relacional, lo simbólico y lo cultural influyen en procesos fisiológicos complejos” (Ibíd.).

En esta misma línea se encuentra el trabajo de investigación de Gómez (2013) “Trayectorias de vida, estilos de vida y representaciones de personas diagnosticadas con enfermedad crónica no transmisible –ECNT-: diabetes y/o hipertensión en la ciudad de Cali”, presentado en la Maestría de Sociología en la Universidad del Valle, con objetivo de establecer las representaciones del proceso de enfermedad para personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus II y/o Hipertensión Arterial. La autora dividió el proceso de enfermar en tres momentos: antes, durante y posterior al diagnóstico; en cada una de ellas reconstruye el significado de salud – enfermedad, estar enfermo, el uso de los servicios de salud y el manejo del diagnóstico y prácticas cotidianas de los informantes.

Para ello, la autora aplicó una metodología cualitativa y utilizó técnicas como entrevistas a profundidad y relatos de vida a 40 personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus II y/o Hipertensión Arterial, entre 19 y 62 años, afiliados a distintos regímenes de salud. Los principales hallazgos en este estudio fueron los siguientes: los sujetos viven su proceso de salud-enfermedad influenciado de manera importante por sus formas de actuar, el surgimiento de las enfermedades depende de las condiciones socioeconómicas de las personas, en las que pueden actuar diversos catalizadores, de igual forma, influye en los tratamientos de la patología. Respecto a los significados sobre salud-enfermedad de los pacientes son distintas dado que están permeadas por la clase social y la influencia de la historia socio familiar. Por último, se destaca la familia como un factor determinante en el proceso del surgimiento y vivencia de las ECNT, en relación al manejo de las patologías y el tratamiento.

En cuanto a la participación del Trabajo Social en el tratamiento de las ECNT, en ésta revisión bibliográfica se identificaron estudios sobre la intervención social o del Trabajo Social en el campo de la salud en general, pero no en el tratamiento de las ECNT, por mencionar algunas de ellas:

- En Argentina, Cecilia Domínguez (2012) desarrolló la investigación “Construcción de la Adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis” que tiene como objetivo “Reflexionar en torno a las estrategias de intervención del Trabajo Social en la adherencia al Tratamiento de personas con tuberculosis que se atienden en el Consultorio Infanto Juvenil y de Control de Contactos y en el Servicio de Neumotisiología del Hospital Tornú en el período Noviembre 2011 / Marzo 2012”.
- En Colombia, el trabajo de “Caracterización de la intervención de Trabajo Social en salud en el Hospital Universitario del Valle”, realizado por Castro, Hoyos y López (2010), como ejercicio de Trabajo de Grado del Programa de Trabajo Social de la Universidad del Valle, Cali. Con el objetivo de “Describir el proceso de intervención social en salud por parte del equipo de profesionales de Trabajo Social, teniendo en cuenta la dimensión teórica, metodológica y ética del quehacer profesional dentro del Hospital Universitario del Valle”.

No obstante, se encontraron estudios sobre **métodos de intervención** del Trabajo Social en el tratamiento de ECNT, como: intervención de base comunitaria (Ferrer, et al. 2006), apoyo social (Vega y Gonzales, 2009; Arredondo et al., 2006) e intervención psicosocial (Ruiz, 2007). En su mayoría, estos estudios dan cuenta de acciones implementadas desde las profesiones de medicina, enfermería y psicología, desarrollados principalmente desde un modelo cuantitativo, de medición de variables en cuestionarios que se comparan con resultados biomédicos.

b. Sobre modelos o programas para la prevención y control de las ECNT: Se agrupa los estudios revisados que tienen como objetivo revisar, analizar o caracterizar los modelos y programas para el tratamiento o prevención y control de las ECNT.

En la investigación “Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo”, de Jova Morel y otros (2011), se propone revisar los

diferentes modelos de atención existentes para el control de enfermedades crónicas en el mundo, así como establecer los nexos existentes entre la Atención Primaria de Salud (APS) en Cuba y el modelo de atención a crónicos (Chronic Care Model, CCM). Este estudio se desarrolló a través de revisión documental, de artículos sobre los programas para el control de las enfermedades crónicas en varios países del mundo.

Los autores concluyen que existen diferentes modelos de atención para el tratamiento a pacientes con enfermedades crónicas en el mundo, la mayoría de ellos basados en el Modelo de Atención a Crónicos, el cual a partir de la identificación de problemas de coordinación, pretende establecer actividades regladas y muy controladas, basadas en el uso intensivo de guías clínicas y de tecnología de la información. Enfatiza en la capacitación de los pacientes y familiares y realza la función de la enfermera en la monitorización y evaluación de lo realizado.

Esta investigación es importante porque muestra mediante una revisión de protocolos de atención, la prevalencia de un modelo de atención de ECN en el mundo que centra en el control, regulación y fiscalización del comportamiento de las personas a partir de una visión “clínica”. Si bien, en este estudio se hace una revisión a nivel mundial, cobra sentido para esta revisión por cuanto hace una lectura crítica y comparativa con el caso de Cuba.

De modo similar, la investigación de Acosta y García (2010) denominada “Caracterización de los programas para la prevención y control de diabetes mellitus e hipertensión arterial en el primer nivel de atención en San Luis Potosí (México)” tiene como objetivo analizar algunas características de los programas para la prevención y control de DM e HTA implementados en un estado de México, desde una perspectiva cualitativa con el propósito de vislumbrar estrategias de cambio que incidan en la mejora de los servicios de salud. Para ello, se realizaron observaciones, revisión de registro de los programas y entrevistas a personal médico, de enfermería y estomatología que participan en ellos, en ocho centros de salud – rurales y urbanos – del estado de San Luis Potosí.

En este estudio se da cuenta de la naturaleza de los programas en aspectos como: infraestructura, organización, funciones, estratégica y cobertura; y de la cualificación de los profesionales que implementan los programas en términos de: antigüedad, formación,

actividad que desempeñan, percepción sobre la salud y la participación del paciente. A partir del análisis de estos elementos, los autores concluyeron que no existe coherencia entre los programas diseñados a nivel nacional con los programas a nivel jurisdiccional, resaltando que sus objetivos no tienen los elementos estructurales necesarios, lo cual posiblemente dificulte la ejecución efectiva de las actividades de promoción, prevención y control (Acosta y García, 2010). Esta investigación permite problematizar la forma como se están diseñando e implementando los programas para la prevención y control de las ECNT.

En este grupo, se puede ubicar el estudio marco en el que se inscribe esta monografía: “Caracterización de los programas para la prevención y control de la Diabetes Mellitus2 e Hipertensión Arterial”¹, a cargo del Centro de Desarrollo y Evaluación de las Políticas y Tecnologías en Salud Pública (CEDETES) de la Universidad del Valle. En su planteamiento, esta investigación es definida como cualitativa de tipo exploratorio – comparativo, con utilización de técnicas como entrevistas semiestructuradas, observación no participante y análisis documental (CEDETES, 2013)².

Su objetivo fue *caracterizar los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA* en distintas entidades de salud en el municipio de Cali, a partir la voz de quienes los coordinan e implementan. Para ello, se revisaron elementos como el desarrollo de los programas, la concepción de salud y de prestación de servicios de salud de los profesionales que coordinan e implementan los programas, el conocimiento y manejo que tienen de la DM2 e HTA y el reconocimiento del lugar que dan los profesionales a los pacientes en los procesos terapéuticos (CEDETES, 2013).

A partir de la participación parcial durante la fase de recolección y sistematización de datos del estudio mencionado, se propuso retomar las entrevistas en las que se da cuenta de la

¹ Esta investigación es la segunda fase del estudio “Trayectoria de vida, estilos de vida y enfermedades cardiovasculares en Cali a comienzos del siglo XXI”, de Gómez (2013) reseñado anteriormente.

² En el momento de realización de esta monografía, la investigación se encontraba en curso. Como parte de los productos esperados, se propuso aportar a la formación humana de tal manera que la información recogida permitiera el desarrollo de dos Trabajos de Grado para pregrado, entre las cuales se inscribe la presente monografía. Así entonces, el presente trabajo se construyó con base al proyecto o propuesta presentada a la Universidad del Valle (CEDETES, 2013), y se realizó a partir del análisis secundario a las entrevistas realizadas a profesionales de Gerontología, Psicología y Trabajo Social, con el propósito de profundizar en el abordaje social y psicológico que se realiza en los programas para el control y prevención de la DM2 y la HTA.

intervención de tipo psicosocial dentro de los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA, en un ejercicio de profundización y descripción detallada de aquellos elementos que dan respuestas a las inquietudes planteadas para el desarrollo de esta monografía. Estos elementos no fueron recogidos totalmente por la investigadora en el estudio marco de caracterización a los programas, dada su delimitación de objetivos y perspectiva teórica. Con ello, se hizo un uso eficiente de la información y datos de orden cualitativo, que emergieron durante el proceso investigativo con mucha riqueza para indagar y analizar, a partir de un nuevo marco de referencia teórico – conceptual.

c. Proceso de atención a personas con ECNT: en este apartado se agrupan aquellas investigaciones revisadas que tienen como objetivo revisar aspectos interpersonales implícitos en la atención de personas diagnosticadas con alguna ECNT, por parte tanto del personal de salud como de las personas atendidas.

En Venezuela, el estudio realizado por D’Anello y otros (2009), titulado “La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico”, evalúa los efectos de la relación médico-paciente sobre el cumplimiento del tratamiento de un grupo de pacientes con diferentes enfermedades crónicas. Para dar cuenta de ello, los autores asumen un estudio evaluativo de carácter cuantitativo que se basa en cuestionarios con diferentes escalas de medición sobre el cumplimiento al tratamiento por parte del paciente y la satisfacción con la atención recibida; recogiendo tanto las miradas de los pacientes como de los médicos.

Los resultados encontrados en este estudio sobre la relación médico – paciente dan cuenta de tres modelos de relación, a saber: el primero es el modelo interpersonal de la relación, según el cual la enfermedad es considerada como un todo, el trastorno forma parte del paciente y se produce una implicación personal en la relación; el segundo, es el modelo técnico de servicio, en el que la atención se centra en el órgano enfermo y el paciente adquiere connotaciones de cliente que solicita reparación del mismo; y por último, está el modelo paternalista, el cual es el que predomina en la mayoría de las culturas, debido a que el médico activamente selecciona la intervención que ha determinado como la mejor para el paciente y su bienestar, el rol del paciente es fundamentalmente pasivo y su función se limita a cumplir con las recomendaciones médicas (D’Anelo, et al., 2009).

Sobre la satisfacción del paciente con la atención médica y el cumplimiento o adherencia al tratamiento, se concluyó que la comunicación y empatía entre médico y el paciente es altamente incidente en la adherencia terapéutica. En este sentido, la adherencia terapéutica, de la cual depende el éxito de los tratamientos, está determinada por la cercanía y afecto que siente el paciente con su médico tratante. Estos hallazgos son relevantes para comprender la incidencia de la relación de los pacientes con el personal de salud en el tratamiento de las ECNT. Igualmente, es llamativo el alcance de los cuestionarios y la asociación de variables, para dar cuenta de la importancia de elementos subjetivos y relacionales en la investigación.

De manera similar, la investigación “Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos”, desarrollada en México por Trujano, Vega, Quiroz y Vásquez (2011), se propuso evaluar la adherencia terapéutica en enfermos crónicos y la relación con sus médicos, en instituciones de salud públicas y privadas. Según los autores, este estudio es evaluativo y método cuantitativo, basada en la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)³ y Cuestionario Satisfacción con el Servicio Médico⁴. Se compararon los pacientes de ambas instituciones respecto a la variable de adherencia terapéutica, para terminar cruzando las respuestas al cuestionario de satisfacción con la atención del personal médico.

Los autores señalan en los resultados que presentaron mayor adherencia al tratamiento, especialmente en las variables de ingesta de medicamentos, dieta alimenticia y cambio conductual, aquellos pacientes que contestaron que sí habían expuesto al médico sus dudas respecto al tratamiento, que el médico les explicó en qué consistían los análisis y los medicamentos, al igual que sus inconvenientes, y cuando el médico informó sobre los cambios favorables en la salud y los felicitó. Sobre todo, cuando los enfermos reportaron sentirse cómodos con su médico (Trujano, Vega, Quiroz y Vásquez, 2011).

³ Contiene 21 ítems que se agrupan en tres factores: 1.Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos; 2.Seguimiento Médico Conductual; 3.Autoeficacia. Está basada en comportamientos explícitos; incluye una escala para cada ítem de 0 a 100 en la que el paciente elige, en términos de porcentaje, la efectividad de su comportamiento.

⁴ Cuestionario diseñado de manera específica para este estudio, para evaluar la relación médico- paciente

Se encontró que los pacientes que asistían a instituciones públicas de salud fueron más adherentes que aquellos que eran atendidos en instituciones privadas. Según los autores, la atención en las instituciones particulares implica un seguimiento más rígido del estado de salud de los enfermos, lo cual se traduce en consultas, análisis clínicos y evaluaciones muy frecuentes, medicamentos y hospitalización. Estos procedimientos son muy costosos y tienen un gran impacto en la economía de los pacientes, por lo cual muchos de ellos no pueden financiar el tratamiento por mucho tiempo y deben retirarse (Trujano, Vega, Quiroz y Vásquez, 2011).

Los aportes de este estudio se suman al anterior, en cuanto refleja la importancia de la comunicación y la empatía entre el médico y los pacientes en el control de las ECNT, por otro lado, avanza en la consideración de los factores económicos, específicamente el costo de los servicios de salud, como elementos que inciden en el control y tratamiento de las ECNT.

Por su parte, Herrera, et al. (2010) en el estudio “Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá”, tuvieron como objetivo analizar las representaciones sociales de la relación médico paciente en una población de 17 médicos y 17 pacientes de la ciudad de Bogotá con un estudio cualitativo, que utilizó como instrumentos de obtención de la información, la red de asociaciones y la entrevista en profundidad.

Los resultados muestran que la representación social de los médicos se centra en brindar un servicio profesional (eficiencia y eficacia) y humano (confianza, respeto, etc.) y esperan lograr las mejores cualidades, sin embargo perciben un constante peligro por las barreras que impone el paciente y la falta de capacidad del sistema de salud. Por su parte, los pacientes centran su representación social en la capacidad de los profesionales de la salud de brindar un servicio profesional y humano que les permita mejorar su calidad de vida (Herrera, et al., 2010).

En este sentido, los autores evidencian que es necesario un modelo de negociación y acuerdo entre el médico y el paciente, para que el tratamiento funcione y las relaciones entre ambos fluyan. Además reconocen que la forma como el sistema de salud funciona, limita la

relación clínica y limita las negociaciones de los objetivos del tratamiento entre paciente y médico en el corto, mediano y largo plazo (Herrera, et al., 2010).

Esta investigación es importante porque avanza hacia la comprensión de la relación profesional – paciente desde la perspectiva de ambos actores, en ella se puede evidenciar un vacío entre las cualidades que los profesionales en el área de la salud (médicos) pretenden brindar y cómo son interpretadas por los pacientes, evidenciando la mediación y limitación impuesta por el sistema de salud en dicha relación y consecuente representación.

Ahora bien, en estos estudios predominan las investigaciones de tipo cualitativo, con uso de técnicas como la observación, la revisión documental, red de relaciones para representaciones sociales y principalmente la entrevista. Por su parte, los estudios de tipo cuantitativo, privilegian el uso de cuestionarios y escalas de medición sobre variables como satisfacción con la atención recibida y escalas de medición sobre adherencia terapéutica.

Dentro de los estudios en mención, se consideró información primaria y secundaria. Para la recolección de información primaria, trabajaron con personas diagnosticadas con DM2 y/o HTA que hacían parte de algún programa de control y prevención y el personal de salud que los implementa, entre los que se encontró tres estudios que recogían el testimonio de médicos. En cuanto a la información secundaria, se identificó el uso de artículos científicos sobre programas para el control de las ECNT y políticas o estatutos también de los programas para la prevención y control de las ECNT.

En este sentido, se evidencia que el uso de información secundaria es una estrategia válida en los procesos de investigación social. A pesar de que es más común el uso de datos secundarios en investigaciones de tipo cuantitativo, también se posible el desarrollo de estudios cualitativos con información elaborada en contextos de investigación diferente. La coherencia epistemológica, metodológica y teórica en el uso de información secundaria, no ha sido objeto de discusión en las investigaciones revisadas tanto sobre modelos y programas para la prevención y control de las ECNT, como sobre aspectos interpersonales implícitos en el trabajo con personas diagnosticadas con alguna ECNT.

Respecto a los hallazgos, en las investigaciones revisadas se reconoce la prevalencia de un modelo de atención de las ECNT centrado en el control, regulación y fiscalización del comportamiento de las personas a partir de una visión “clínica” (Jova et al, 2001), junto con las limitaciones que impone el sistema de salud para negociar los objetivos del tratamiento entre pacientes y el personal de salud (Herrera, et al., 2010). Al mismo tiempo, se concluye la importancia de elementos emocionales, relacionales, simbólicos y culturales en procesos fisiológicos complejos como el desarrollo y control de enfermedades crónicas (Charry, 2012; D’Anello., et al., 2009; Trujano, Vega, Quiroz y Vásquez., 2011; Herrera, et al., 2010).

En cuanto a la participación de Trabajo Social en la comprensión ECNT, se identificó un interés particular por los significados y experiencias de las personas diagnosticadas, principalmente con *Diabetes Mellitus tipo 2* e *Hipertensión Arterial*. No obstante, en ésta revisión bibliográfica no se encontraron estudios sobre la intervención social en el tratamiento de las ECNT, aunque se hace un reconocimiento a la revisión de *métodos de intervención* del Trabajo Social en el tratamiento de ECNT, como: intervención de base comunitaria (Ferrer, et al. 2006), apoyo social (Vega y Gonzales, 2009; Arredondo et al., 2006) e intervención psicosocial (Ruiz, 2007); éstos estudios han sido implementados desde otras disciplinas, principalmente enfermería y psicología.

1.2 Definición del problema

Como se viene mencionando, las Enfermedades Crónicas representan uno de los problemas de salud más importantes en el mundo occidental (Pozo y Hernández, 2007). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, este tipo de enfermedades causan la muerte de 36 millones de personas cada año en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2015). Para el caso de Colombia, se espera que las ECNT incrementen cerca del 73% de la carga de mortalidad y el 60% de la carga de morbilidad en 2020 (Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, 2013).

Por otra parte, el diagnóstico de una ECNT y su tratamiento, tienen implicaciones psicológicas y sociales complejas en las personas y sus familias. A nivel psicológico se pueden producir sentimientos de estrés, depresión, ansiedad, baja autoestima, desesperanza y

minusvalía⁵ (Bradley, 1997). A nivel social, el tratamiento es largo y dispendioso, con un riguroso régimen farmacológico y una importante transformación en sus hábitos de vida (Pozo y Hernández, 2007), que generan el desacomodo en las actividades diarias y el debilitamiento en las relaciones sociales y familiares (Vega & González, 2009), además, aumentan los gastos de las personas en los proceso de atención en salud⁶ (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El reconocimiento de este hecho ha dado lugar desde la medicina y los sistemas de salud, a pensar y establecer nuevos objetivos de intervención orientados a abordar elementos de orden psicológico, social y cultural (desde una perspectiva holística y multifactorial) dentro de los tratamientos de las ECNT, asociados principalmente al mejoramiento de la calidad de vida, el bienestar y la modificación de conductas (adherencia al tratamiento) de las personas diagnosticadas (Vinaccia y Orozco, 2005).

Estas iniciativas no han tenido una delimitación clara, Ruiz (2007) plantea que “Estas intervenciones se han llamado psicosociales, y se acepta en general que se refieren a la influencia de los factores sociales en la mente de un individuo o de su comportamiento, y a la interrelación de los factores comportamentales y sociales” (Ruiz, 2007. Pág. 530). No obstante, los estudios sobre estos aspectos han estado enmarcados dentro de la medicina, la enfermería y la psicología, desde una metodología de tipo cuantitativa, que privilegia el uso de cuestionarios y escalas de medición sobre variables como satisfacción con la atención recibida, escalas de medición sobre adherencia terapéutica, apoyo social percibido y apoyo social efectivo, como se pudo observar en la revisión de antecedentes.

Por lo anterior, se propuso abordar en esta monografía, un análisis de la intervención psicosocial en los programas para la prevención y control de la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial en diferentes IPS de Cali, reconociendo las circunstancias

⁵ Se ha evidenciado que las personas con Diabetes Mellitus pueden tener mayores niveles de depresión, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía (Bradley, 1997); por su parte, las personas diagnosticadas con hipertensión tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras condiciones crónicas (Sherbourne, Wells y Judd, 1996).

⁶ Esto plantea la necesidad de enfocarse no sólo en las personas que enferman, sino también en las circunstancias institucionales e interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a esta población, para que sean acordes tanto a sus necesidades y expectativas, como a las de sus familias (Rodolfo; et al., 2011).

institucionales e interpersonales que se manifiestan en la en su desarrollo, desde la apropiación subjetiva de los actores y el sentido que le dan los sujetos y objetos inmersos en ella, a partir del análisis secundario de entrevistas realizadas en el marco de una caracterización de los programas para la prevención y control de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, en Instituciones Prestadoras de servicios Salud de Cali, 2013.

1.3 Pregunta y objetivos de investigación

Teniendo en cuenta lo anterior, en esta monografía se da respuesta a la siguiente pregunta y objetivos de investigación: ¿Cómo es la intervención psicosocial en los programas para el control y prevención de la DM y a HTA en IPS de Cali?

- *Objetivo General:*

Caracterizar la intervención psicosocial en los programas para el control y prevención de la DM y a HTA en IPS de Cali.

- *Objetivos específicos:*

1. Describir los programas para la prevención y control de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en los que se desarrolla la intervención psicosocial.
2. Reconocer los marcos interpretativos que tienen los agentes profesionales para la intervención psicosocial en los programas para la prevención y control de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial
3. Identificar los objetivos y estrategias con que los agentes profesionales desarrollan la intervención psicosocial en los programas para la prevención y control de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

1.4 Justificación

Trabajo Social, como profesión – disciplina, se viene ocupando “de la exploración de las más diversas perspectivas sobre el tema de la intervención social, tratando de dar respuestas a muchos de los desafíos, que tienen que ver, de un lado, con la formación académica y del otro, con la intervención profesional” (Carballeda, 2007; Estrada, 2011). Una de estas perspectivas es la intervención psicosocial, que se vienen implantando en procesos terapéuticos en casos de represión y persecución política, guerras y conflictos armados,

desastres por fenómenos naturales o la adaptación de una persona y su familia al diagnóstico y desarrollo de una enfermedad crónica (Abello & Gallejo, 2007).

No obstante, la intervención social no es objeto único de acción profesional desde el Trabajo Social, como tampoco lo es en su forma de intervención psicosocial, lo cual no exime la posibilidad de aportar su comprensión y análisis de la forma de intervención psicosocial desde el Trabajo Social, siempre y cuando se reconozca su naturaleza interdisciplinaria.

La perspectiva a adoptar por el profesional (en el conocimiento y la intervención) para poder tener una práctica crítica debe ser dada por el propio objeto (a conocer y/o intervenir), considerado como totalidad, procurando aprender la realidad concreta en su complejidad y totalidad, no segmentado o recortado artificialmente el objeto en diversas perspectivas. (Montaño, s.f. pág. 11)

Tampoco hay razones que limiten el campo objetual para el Trabajo Social, por lo que, en cualquier caso, lo involucran los debates generales sobre la investigación social, como a cualquier otro campo en el que ésta sea su medio de producción (Grasi, 2007. Pág. 29).

En este orden de ideas, se considera válido revisar la intervención psicosocial, dentro de los programas para la Prevención y control de la DM2 y la HTA en Cali, tal como se desarrolla, incluyendo la intervención de trabajadores sociales y de otros profesionales.

Por otro lado, los procesos de salud – enfermedad, son escenarios donde lo biológico está connotado por la subjetividad y construcciones sociales, culturales, políticas y económicas, convirtiéndose en un escenario de análisis y discusión, no sólo como problema, sino también como recurso para discutir otros asuntos (Armus, 2007). En este caso, el crecimiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y el fracaso los abordajes biológico – médico y clínico en los programas para el control y prevención, reclaman ampliar la comprensión sobre los aspectos socioeconómicos, culturales y afectivos que intervienen en la determinación en el riesgo de enfermar, en la forma de vivir la enfermedad y tratamiento, así como por las circunstancias institucionales e interpersonales que se manifiestan en el acompañamiento psicosocial durante la prestación de servicios de salud.

Por último, el desarrollo de esta monografía en base a información acumulada de investigaciones sociales ya realizadas, como es la “Caracterización de los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA, en IPS de Cali”, brindan una oportunidad para

profundizar y describir con mayor detalle temas de interés para los y las trabajadores sociales en este campo de intervención. De igual manera, permite un uso eficiente de la información y datos de orden cualitativo, en la que emergieron una serie de categorías relevantes para explorar, indagar, analizar y profundizar, pero que fue descartada por el investigador por cuestiones como: tema de interés, limitación de recursos, delimitación de objetivos, perspectivas teórica, etc. Dejando la posibilidad de generar nuevas aproximaciones a los datos recolectados desde otros marcos teórico – conceptuales.

Capítulo 2.

Marco de Referencia Teórica-conceptual

La salud y la enfermedad, es un área donde lo biológico está connotado por la subjetividad y elementos de carácter social, cultural, político y económico, ofreciendo siembre una posibilidad de discusión, no sólo como problema, sino también como recurso para discutir otros asuntos (Armus, 2007); como por ejemplo, los procesos de profesionalización, las instituciones y prácticas de asistencia y el rol del Trabajo Social en la infraestructura sanitaria, entre otras. Muchas pueden ser las formas de abordaje de estas discusiones, hay diferentes perspectivas para observar la vida social, pueden plantarse diversos interrogantes y medios alternativos para responder a cada uno de ellos.

Armus (2007), menciona tres “estilos narrativos” en los estudios sobre la salud y la enfermedad a largo de la historia: desde la medicina (se centra en las patologías y los inciertos desarrollos del conocimiento biomédico para sus tratamientos), desde la salud pública (tiende a enfocarse en el poder, la política, la lucha contra las enfermedades del mundo moderno y el papel del Estado en la estructura sanitaria) y desde la producción social, histórica y la cultura (apenas dialoga con la biomedicina y se concentra en las metáforas y experiencias asociadas a una cierta enfermedad y los avatares de la medicalización, las instituciones y prácticas de asistencia, disciplinamiento y control médico-social). Siendo éste último, el que más se ha implementado en las disciplinas sociales y humanas, como Trabajo Social.

Por su parte, Cuesta (1999) sugiere considerar tres enfoques teórico-metodológicos, que se han aplicado en la sociología de la salud: el funcional estructuralismo, el estructuralismo del conflicto y el enfoque interpretativo.

El primero, entiende la sociedad como un sistema integrado de partes interdependientes donde el consenso es fundamental para mantener el orden y la cohesión social (Cuesta, 1999; retomando a Morgan, Calnan y Manning, 1991). Desde esta perspectiva los estudios de salud se han enfocado en los siguientes temas: las teorías sobre el rol del enfermo, la naturaleza de las profesiones y la organización de los hospitales.

La segunda perspectiva, el estructuralismo del conflicto, tiene similitud con la anterior en cuanto se asume que la estructura social determina las acciones de los individuos, pero difiere al considerar que el interés (en función del cual se organiza la vida social) no es socialmente compartido, sino que está en conflicto (Cuesta 1999; retomando a Morgan, Calnan y Manning, 1991). Entre las contribuciones de esta perspectiva en el área de la salud se destaca: la relación entre medicina y control social, el estudio de toma de decisiones y de las opciones en política de salud, y las desigualdades y los problemas de género en la prestación de los servicios de salud (Cuesta, 1999).

Por último, el enfoque interpretativo pone su énfasis en los significados subjetivos y la acción, asumiendo que la vida social está constituida por la comprensión que las personas tienen de los eventos y reconoce que son éstas las que actúan y no la sociedad. Los estudios desde esta corriente enfatizan en las situaciones desde la perspectiva de los actores y están enfocados en temas como: la relación salud-paciente, las creencias sobre la salud, las enfermedades crónicas y la respuesta a la enfermedad (Cuesta 1999; retomando a Morgan, Calnan y Manning, 1991).

Dicho lo anterior, el “estilo narrativo” de este trabajo puede circular entre la salud pública y la producción social, histórica y cultural de la salud y la enfermedad, al tiempo que se suscribe en el enfoque interpretativo, encontrando por lo menos tres elementos en común: aborda la lucha contra las enfermedades del mundo moderno (Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial), indaga sobre las instituciones y prácticas de asistencia, se ubica desde la apropiación subjetiva de los actores y da mayor interés a su interpretación sobre los objetos con los que interactúan y al sentido que le dan a sus prácticas, más que a la acción en sí. Asimismo, desde el enfoque narrativo, se puede reflexionar sobre los significados subjetivos y la acción, enfatizando en las situaciones desde la perspectiva de los actores (Cuesta 1999). Esto implica “penetrar y aprehender los marcos de sentido que intervienen en la producción de la vida social por los actores legos, y reconstruirlos en nuevos marcos de sentido que intervienen en esquemas técnicos conceptuales” (Giddens, 2007. Pág. 102).

Una de las teorías que más se aproxima a las anteriores consideraciones, estilo narrativo y enfoque, es la teoría de la estructuración elaborada por Antony Giddens (sociólogo inglés) y

presentada en diferentes obras entre 1976 y 1984⁷. En esta teoría, Giddens intenta integrar dos vertientes de la teoría sociológica: estructural-funcionalista e interpretativa.

Para Giddens las instituciones sociales, colectivos u organizaciones pueden ser analizados desde la interacción cotidiana entre los actores que las conforman o desde las propiedades estructurales que constituyen. Desde una u otra entrada, se debe reconocer la otra, no como antagonista sino como complementaria, en la medida de que la estructura es un conjunto de reglas generativas para la interacción, mientras que en la interacción se aplican estos sistemas al tiempo en que se producen (Giddens, 2007).

En otras palabras, la estructura no es externa a los sujetos, es un conjunto de atributos (las normas y los recursos) que los sujetos asimilan y van transformando o reproduciendo, de acuerdo a sus necesidades y posibilidades y a las circunstancias donde se producen las interacciones. Giddens sugiere tres categorías analíticas para estudiar tanto las propiedades estructurales de los sistemas, como la producción de sentido en la interacción: se trata de esquemas interpretativos, normas y recursos.

Los **esquemas interpretativos**, son pautas de creencias a través de las cuales los agentes comprenden los sucesos de la naturaleza. En su acepción estructural, los esquemas interpretativos representan sistemas de reglas generativas de la comunicación y sentido, se trata de marcos de significado que están en la conciencia individual pero ligada un “saber mutuo”⁸, que se da por sentado y permanece inexpressado. A nivel de la interacción, los esquemas interpretativos permiten a los actores dar sentido a su conducta (y actos verbales) y la de los otros, posibilitando la reciprocidad y la comunicación entre ellos. Giddens, aclara que la utilización de los esquemas interpretativos en la interacción “no es sólo la

7 El autor inicia sus primeros proyectos haciendo análisis críticos de los clásicos y la dualidad acción-estructura. En 1976, en *Las nuevas reglas del método científico*, así como en el artículo “Functionalism: après la lutte” (Giddens, 1976b) y en el libro *Central Problems in Social Theory* (Giddens, 1979), presenta de manera contundente lo que será su proyecto teórico posterior: la teoría de la estructuración. Y continuará en los años subsiguientes aportando elementos, como por ejemplo en la obra *A Contemporary Critique of Historical Materialism* (Giddens, 1981), donde afirma que hablar del orden social sólo tiene sentido si se lo piensa como forma de las prácticas sociales (García, 2009).

8 “Utilizo el término saber mutuo para denotar genéricamente e saber que se da por sentado, que los actores suponen que los otros poseen si son miembros <<compementes>> de la sociedad, y que se aprovecha para sostener una comunicación en interacción” (Giddens, 2007, pág. 130)

comunicación programada de sentidos establecidos” (Giddens, 2007. Pág. 130) sino que son a su vez, negociados y actualizados por los actores.

Las **normas**, se establecen en términos de “derechos y obligaciones de los individuos” en la interacción social. Según Giddens (2007), se trata de una relación de complementariedad entre los actores sociales durante la interacción que sustenta un orden social basado en los esquemas interpretativos (valores, creencias e identidad) (Según Solarte, 2014), es decir que las conductas imposición de un actor son solo pretensiones hasta que el receptor las actualiza como una obligación mediante su respuesta en la interacción, según su valoración de la situación. De este modo, las normas en su carácter estructural, soportan y legitiman una racionalidad que regulan el control y la distribución de los recursos (Giddens, 2007).

Por su parte, los **recursos** son medios o bases de poder⁹, a los cuales los agentes pueden recurrir para manipular e influir sobre los otros y/o transformar las estructuras en el momento de la interacción (Giddens, 2007). De acuerdo a esto, los recursos “son extraídos a la vez de un orden de dominación y, en cuanto son aplicados, reproducen ese orden de dominación” (Giddens, 2007, pág. 150). Para algunos autores que siguen esta propuesta teórica, distinguen dos tipos de recursos: los autoritarios (no materiales), facultades que generan poder sobre los individuos y los distributivos (materiales), facultades que generan poder sobre los objetos materiales, bienes o fenómenos (Bolvín, Rosato, & Arribas, 2004).

Salud – Enfermedad y Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Respecto a la salud, históricamente ha sido percibida por oposición de la enfermedad, como su ausencia, pero esta concepción ha sido transformada en el siglo XX como un sinónimo de bienestar y calidad vida (Martínez, 2008); en este sentido, la OMS la define como: “... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»¹⁰

⁹ El poder según Giddens (2007) es la capacidad para transformar la acción humana: influir sobre la conducta de los otros y/o imponer actualizaciones en las reglas generativas de la acción (las estructuras).

¹⁰ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Fragmento tomado de la página web oficial de la OMS: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>)

A partir de definición “moderna” de la salud, esta categoría es entendida “como un hecho particular que fundamenta las relaciones que tienen las personas consigo mismas, con el otro y con el orden social” (Suárez, 2001. Pág 14), es decir, la salud es comprendida como un sistema de valores que la gente usa para interpretar su relación con el orden social, incorporando prácticas “sanas”, “saludables” y “seguras” que remiten a un ideal de salud y “bienestar”; a las cuáles se suma unas responsabilidades individuales con el propio cuerpo – determinadas socialmente (Suárez, 2001) - para “evitar” la enfermedad.

Por su parte, la enfermedad es definida por este mismo autor como un estado o situación “en la cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a molestias” (Suárez, 2011). Desde otra visión, Martínez (2008), aclara que se trata de una reflexión sobre “la “disposición” del sujeto para hacer sus cosas y, a la larga, también lleva implícita una valoración sobre lo que puede considerarse la actividad “normal” que se espera del sujeto en un contexto familiar o económico determinado”.

En este sentido, algunos autores consideran que las explicaciones y formas de tratar o intervenir sobre las enfermedades, pueden variar a lo largo del tiempo, de acuerdo a los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales de una sociedad, así como a la dinámica poblacional (o demografía) y al grado de desarrollo científico de una nación (Laurel, 1993 y Quevedo, 1992 y Martín & Llombart, 2013). Así se reconoce varios los modelos explicativos de la DM2 y la HTA. Entre los más reconocidos se encuentra el enfoque médico – biológico, paradigma dominante para su comprensión e intervención de la salud - enfermedad. No obstante, a medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia, han surgido diversas aproximaciones a la comprensión psicosocial de la enfermedad crónica, subrayan en una perspectiva multicausal “bio-psico-socio-ambiental y cultural” en la aparición y desarrollo de las enfermedades (Vinaccia & Orozco, 2005).

El paradigma médico- biológico, connota una visión nosológica – mecánica sobre el cuerpo y la conducta humana, dónde la DM y la HTA son consideradas alteraciones fisiológicas que perturban el patrón de referencia de salud¹¹. Según Martínez (2008), esta mirada se

¹¹ Diabetes Mellitus se reconoce como “el aumento de azúcar en la sangre por la falta o insuficiencia de la insulina, una sustancia que es producida por el páncreas. Su función es ayudar al aprovechamiento del azúcar

fundamenta en el determinismo biológico que presupone una jerarquía en el orden de las cosas, en cuya base se encuentran los procesos biológicos que ejercen dominios sobre la conducta individual y los procesos psicológicos, a su vez éstos influyen las relaciones sociales y la producción cultural de símbolos (Ibíd).

Esta perspectiva se materializa en el discurso médico, que explica Foucault (1981) como la producción y transmisión un saber propio de la medicina, sobre la comprensión del cuerpo humano - cómo ha de ser un cuerpo sano, cómo enfermo y cómo o cuando debe ser intervenido, en base a la observación e interpretación de signos o síntomas con ayuda de supuestos científicos y avances tecnológicos. Desde esta mirada se convierte al individuo en un objeto de conocimiento, “exterior en relación a aquello por lo que sufre” (Ibíd., 1981, pág. 23) y se asume una postura normativa en “la gestión de la existencia humana”, que se traduce en la regulación y vigilancia de la relación de los hombres consigo mismo y con el orden social (Ibíd., 1981, pág. 61).

Por su parte, nuevas concepciones sobre las enfermedades crónicas, reconocen la influencia de determinantes sociales en los procesos de salud-enfermedad, donde el surgimiento, desarrollo y forma de asumir el tratamiento de la DM2 y la HTA están en interacción con factores subjetivos, sociales, ambientales y culturales, e implican tanto al “enfermo”, a su familia y al sistema de salud. Dentro de estas concepciones, la intervención se centra en estos determinantes subjetivos, sociales, ambientales y culturales, como precipitadores, agravantes o resilientes en la enfermedad (Vinaccia & Orozco, 2005).

Además se reconoce la historia individual de las personas diagnosticadas en relación a su enfermedad, que “resulta de una multitud de interacciones (a través del tiempo que le ha tocado vivir), entre sus predisposiciones, facilitaciones e inhibiciones congénitas y

que entra al cuerpo humano para obtener la energía necesaria para su funcionamiento” (Secretaría de Educación Pública de México). Hay dos tipos de Diabetes, Diabetes mellitus tipo I, que se caracteriza por la falta o deficiente producción de insulina por parte del páncreas. La Diabetes mellitus tipo II, donde el páncreas produce poca insulina o ésta no funciona bien, o no puede ser utilizada. Por su parte, la Hipertensión Arterial es el aumento de la fuerza con la que la sangre circula por las arterias del cuerpo. Se considera aumento a partir de unos valores fijados entre 140 mm Hg (máximo) y 90 mm Hg (mínima). La hipertensión, es la señal de alerta de un mayor “riesgo cardiovascular”: mayor posibilidad de presentar problemas cardíacos (infarto, angina o insuficiencia cardíaca), renales (insuficiencia renal) y cerebrales (hemorragia o infarto cerebral y a la larga demencia), por eso se trata como enfermedad.

adquiridas con los diversos ambientes de los que ha formado parte a lo largo de su existencia, es decir, donde ha desplegado su experiencia” (Viniegra., 2006. Pág. 50).

Programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA

“Comprender una experiencia de intervención social significa situarla en un campo de fuerzas que la hicieron posible y determinaron algunas de sus características (...)” (Hleap, 2005:1, citado por Bermúdez, 2011: 3).

Según Acosta y García (2010), los programas para la prevención, tratamiento y control de la HTA y la DM tiene como objetivo “proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de la DM e HTA y sus factores de riesgo; así como las complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta y adulta mayor, con el fin de elevar la calidad de vida en este grupo” (Acosta y García, 2010; en línea). Desde la perspectiva de la estructuración, debe reconocerse que para poder hablar de la DM2 y la HTA como enfermedades Crónicas No Transmisibles, desarrollar y legitimar acciones, estandarizar ciertos procedimientos, sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre enfermos y proveedores de servicios de salud, se debe haber llegado al acuerdo de que se les ha percibido como tal, denominado a su vez, el modo de actuar (Amus, 2007).

Por ejemplo, en Colombia los programas están reglamentados por el Ministerio de Salud en la Resolución 412 del 2000, en aras de unificar lineamientos, procedimientos y criterios en el desarrollo de los programas, además de realizar seguimiento y control a su cumplimiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y la Instituciones Prestadora de Servicios de Salud (IPS). Al respecto Estrada (2004) sugiere que tanto “las relaciones salud-enfermedad y las políticas que entorno a ella se diseñan, deben ser vistas como un contexto que requiere una mirada acuciosa en sus contradicciones internas así como en las manifestaciones temáticas del mismo” (pág. 59).

La propuesta de acercamiento a los programas de prevención y control de DM2 e HTA, es como un sistema de interacciones y escenario de la intervención psicosocial. Según Caraballeda, la principal característica del escenario es ser un encuentro entre lo macro y lo micro social, por lo cual es imprescindible tratar de develar las posibles convergencias que

se puedan hallar en ellos, en el ejercicio de caracterización de la intervención psicosocial. De este modo, entiende que un sistema de interacciones establece pautas que guían las prácticas de los sujetos, estas pautas no son elegidas por los sujetos que hacen parte de este, pero si pueden ser modificadas. Las pautas de interacción dentro un sistema, son mecanismo de control, algunos de ellos explícitos y otros más sutiles o menos evidentes (Carreño, 1999).

Al respecto, Solarte (2014) sugiere que estas pautas de interacción se pueden analizar desde la regulación y control que ejercen las estructuras de poder y autoridad para generar o reforzar el estatus-quo, a partir de la utilización de normas, manuales, procedimientos y reglamentos, que son asumidos, en ocasiones, desde el esquema interpretativo de los actores sociales (Solarte, 2014). De este modo, se van configuran las situaciones en la que los individuos interactúan y proporcionan conjuntos de símbolos que utilizan al interpretar las situaciones (Ritzer, 2003). Con la aclaración de que los sujetos pueden asimilarlos o transformarlas de acuerdo sus marcos interpretativos, intereses y el control que ejercen sobre los recursos de ese sistema¹².

En este sentido, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, donde se desarrollan los programas, serán entendidos como el “espacio específico en donde suceden una serie de interacciones, un sistema particular de relaciones objetivas que pueden ser de alianza o conflicto, de concurrencia o de cooperación entre posiciones diferentes, socialmente definidas e instituidas, independientes de la existencia física y de los agentes que la ocupan” (Moreno y Ramírez, 2003: 16).

Siendo más específicos, esta forma de entender los programas de prevención y control de la DM2 y la HTA, está conectada con la propuesta de estructura de Giddens, en la medida que los profesionales que implementan los programas interactúan de acuerdo a unos derechos y obligaciones aprehendidos (normas), cuyas posibilidades de transformalos dependen de sus medios o bases de poder, materiales y no materiales (recursos), además de las circunstancia socialmente definidas e instituidas.

¹² Según Bermudez (2011), los agentes e instituciones se encuentran en pugna, con diferentes fuerzas y de acuerdo a reglas constitutivas del espacio de juego, para apropiar los beneficios específicos que están en peligro en la lucha.

Intervención psicosocial

Cada vez es más frecuente la presencia del término “Intervención psicosocial” en el abordaje de las enfermedades crónicas. Se entiende en general que este término engloba muchas de las acciones específicas de los profesionales en ciencias sociales, instituciones y políticas públicas, aunque no se explicita de manera clara referentes teóricos, implica una acción en procesos de intervención que intentan transformar realidades de crisis, a partir de la transdisciplinariedad para generar comprensiones holísticas de fenómenos sociales (Aya y Laverde, 2016).

En este mismo sentido, para Bello y Chaparro (2011) la intervención psicosocial se trata de diferentes perspectivas de abordaje teórico y práctico sobre el encuentro sujeto-colectivo, desde un carácter holístico, sistémico y dinámico, centra la acción sobre un sujeto en relación con otros y con un contexto. Incorpora dos componentes lingüísticos, el prefijo *psico* que “Se refiere a la psique o al alma” y a la indagación y comprensión de la experiencia humana desde su subjetividad; y la palabra *social*, que se refiere al vínculo del sujeto con otros con quienes está en permanente interacción (Bello y Chaparro, 2011).

En el caso del diagnóstico y desarrollo de una enfermedad crónicas la intervención psicosocial ha de suponer una acción interventiva con las personas diagnosticadas y sus familia sobre: creencias acerca de la salud/enfermedad, la historia intergeneracional de afrontamiento a las crisis, habilidades de afrontamiento a las demandas de las demandas de la enfermedad y su tratamiento, expectativas y relaciones con los operadores de salud, haciendo énfasis en los efectos emocionales de la atención prolongada a las demandas de la enfermedad - tratamiento, por la tensión, desgaste, agotamiento y deseo de abandono que puede conllevar esta situación (Vinaccia & Orozco, 2005).

El término “intervención psicosocial”, se encuentra tanto en la bibliografía de la Psicología como de Trabajo Social. No obstante, se asocia su origen al desarrollo profesional del Trabajo Social como un enfoque del trabajo de caso o “case work”¹³ (Abello & Gallejo,

¹³ El case work está caracterizado por dos elementos principales: primero, tiene en cuenta el aspecto psicológico y social que conforma cada caso, es decir, la persona en su situación. Este modelo toma fuerza y se desarrolla a partir de dos escuelas de pensamiento: La escuela diagnóstica y la escuela funcionalista, la

2007; Viscarret, 2007). De este modo, se reconoce la intervención psicosocial como un modelo de intervención del trabajo social, desde el cual se resalta la importancia de los procesos psicológicos internos, de los procesos sociales externos y de las condiciones físicas, así como la interacción entre ellas (Viscarret, 2007).

A esta definición, se suma la propuesta de Saiz y Yela (2016) para entender que la intervención psicosocial es una forma de intervención social con una perspectiva interdisciplinaria. Entendiendo que “El concepto de interdisciplinariedad está dado por la integración de disciplinas, y constituye un proceso dinámico en la forma de ver, acercarse, conocer y tratar un problema, desde el punto de vista de integración disciplinar”. (Tamayo y Tamayo, 1999. Pág. 21).

Al respecto, Estrada (2011) plantea que la intervención social es un campo social o referente operativo de la acción social de naturaleza interdisciplinaria y transdisciplinaria, “la intervención social se devela hoy como un campo social de análisis desde el punto de vista epistemológico, teórico-conceptual y metodológico”. Además de lo anterior, para reflexionar sobre la intervención social otros autores sugieren que es necesario revisar no sólo la intervención y sus elementos, sino, contemplar también el espacio, escenario o contexto en el que desarrolla. Para Bermúdez, por ejemplo, en la intervención social convergen diferentes actores que establecen relaciones entre ellos de manera aleatoria y diversa, esta autora afirma que “La intervención social crea un espacio social alrededor del cual se construyen relaciones fundadas en la ayuda a partir de la búsqueda de respuestas a demandas sociales” (Bermúdez, 2011. Pág. 4).

Uno de los elementos a revisar dentro del análisis de la intervención psicosocial como acción social, son las acciones materiales o discursivas que realizan los agentes profesionales, en las cuales se desarrollan razonamientos de tipo analítico (Vélez, 2003). Generalmente, estos razonamientos se orientan para conocer la dinámica situacional (contexto) permitiendo identificar los principales objetivos de atención y su metodología.

primera enfocaba su trabajo en “intervenir los “problemas de los individuos como una enfermedad, la cual debía ser diagnosticada y tratada por el Trabajador(a) Social o experto(a)”; la segunda escuela, trabajaba desde un enfoque que destacaba el crecimiento y el desarrollo, donde se daba al cliente una gran responsabilidad en el desarrollo del tratamiento.(Abello & Gallejo, 2007. Pág. 27)

Las estrategias implementadas por profesionales en la intervención social, se realiza teniendo en cuenta la conjugación de los elementos que ofrece su subjetividad, la institucionalidad y las herramientas profesionales adquiridas: “La intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias, lo cual implica una inscripción en ese otro sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una marca en la institución y desencadena una serie de dispositivos e instrumentos en esta” (Carballeda, 2008: 94-95).

Para este trabajo, la inscripción que tienen los agentes profesionales del otro sobre el cual intervienen, se entiende como significado, que se define como una representación que adquieren los objetos y las personas para los agentes durante el proceso de interacción, que puede orientar su acción o su respuesta (Ritzer, 2003). Para conocer estas representaciones, se retoma las opiniones, pensamientos y creencias manifestados por las entrevistadas al referirse a los sujetos de intervención (personas diagnosticadas con DM o HTA) y a las ECNT. Desentrañar estos significados es necesarios para comprender la acción (Blumer, 1982).

Por otro lado, las herramientas profesionales se comprenden como los conocimientos teóricos – conceptuales y pragmáticos (dentro de los marcos interpretativos) que tienen los profesionales para la intervención psicosocial en los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA. Según Carreño (1999), los conocimientos pueden convertirse en recursos para la intervención que, una vez aprendido, pasan a ser un conocimiento tácito sobre determinados hechos, atributos y condiciones, en este caso, de las DM2, la HTA y las personas diagnosticadas. Este conocimiento tácito, también es denominado como “sentido común” para Giddens, el cual es “aplicado en la forma de esquemas interpretativos por los cuales contextos de comunicación se crean y sostienen en una interacción” (Giddens, 2007, pág. 133).

No obstante, éstos recursos son adquiridos y modificados a través de la experiencia vivida en diferentes escenarios: familiares, culturales, sociales y su propia dimensión biológica, lo que supone el aprendizaje de ciertas pautas de comportamiento, de un lenguaje específico y un rol social en relación a la interacción desarrollada con otros actores en los diferentes escenarios de socialización (Martuccelli, 2006). Esta dimensión, reivindica el lugar del

sujeto, la posibilidad de crear, de innovar dada su experiencia, de acuerdo al contexto (Giddens, 2007).

De este modo, la intervención psicosocial dependerá también del agente interventor y sus marcos interpretativos y herramientas adquiridas. Por medio de los cuales los agentes comprenden su propia conducta y motivaciones, al igual que la conducta, motivaciones e intenciones de las personas con DM2 o HTA con las que intervienen; además de las respectivas lecturas que hagan de las fuerzas que convergen en los contextos en los que intervienen. Pero también, dependerá también de la forma como estén estructurados los programas para la prevención y control de la DM2 y HTA en sus respectivas IPS y EPS, como el escenario en el que se desarrolla la intervención.

Capítulo 3

Recorrido metodológico

3.1 Tipo de estudio

Esta monografía se asume como un estudio de tipo cualitativo, de carácter exploratorio, basado en información secundaria o de análisis secundario. Lo cual “implica la utilización de datos existentes, recogidos para efectos de un estudio previo, con el fin de usarlos en una investigación de interés (que es) distinto al de la indagación original” (Heaton, 1998; citado por Scribano & De Sena, 2009).

Se concibe como un estudio exploratorio, porque durante la revisión bibliográfica, no se encontraron antecedentes que consideren o profundicen en la intervención psicosocial dentro de los programas para la prevención y control de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial desde Trabajo Social, mucho menos, de las características de dichos programas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Cali a partir de un análisis secundario.

3.2 Método

Para esta monografía se adoptó como enfoque metodológico hermenéutico, que busca el sentido de todos los elementos de un fenómeno social a través de su interpretación, en el contexto en el cual se desarrolla, con la finalidad de describir los hechos más que explicarlos (Pardo, 2013). En este caso, se revisaron algunas entrevistas en archivo plano (transcritas sin ningún tipo de análisis) realizadas dentro del estudio “Caracterización de los programas de control y prevención de la HTA y la DEM2 en IPS de Cali, 2013”, a la luz de una nueva pregunta de investigación y perspectiva teórica. Seguido de la revisión de las guías para la atención de la diabetes mellitus tipo II y la Hipertensión Arterial en Colombia, reglamentadas por la resolución 412 de 2000.

La investigación utilizada como fuente de información, fue desarrollada en el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnologías en Salud Pública (CEDETES) de la Universidad del Valle. Esta investigación fue financiada por la misma universidad, bajo la

convocatoria 2-2013 para fomento de la producción de conocimiento científico y formación en investigación a estudiantes de diferentes programas. Durante el desarrollo de esta monografía, la investigación de base se encontraba en la etapa de construcción de informe final y divulgación de resultados.

El objetivo de dicho estudio fue “*caracterizar los programas para la prevención y control de la Diabetes Mellitus tipo II (DM2) e Hipertensión Arterial (HTA) de distintas entidades de salud en la ciudad de Cali, desde la voz de quienes los coordinan e implementan*”. Identificando entre otros aspectos: el desarrollo de los programas, la concepción de salud y de prestación de servicios de salud que tienen los profesionales que coordinan e implementan los programas, el conocimiento y manejo que tienen de la DM2 e HTA y el reconocimiento del lugar que dan los profesionales a los pacientes en los proceso terapéuticos (CEDETES, 2013).

El proceso de investigación y la recolección de información se había desarrollado bajo un método cualitativo de tipo exploratorio – comparativo, utilizando técnicas como entrevistas semiestructuradas, observación no participante y análisis documental (CEDETES, 2013). Se aplicaron 35 entrevistas a los profesionales que coordinan e implementan estos programas¹⁴, entre los que se encuentran: 15 médicos internistas, 1 médico familiar, 3 médicos generales, 6 enfermeras y auxiliares de enfermería, 4 nutricionistas, 3 psicólogas, 2 gerontólogas, 1 trabajadora social, 3 fisioterapeutas y 1 odontólogo (CEDETES, 2013).

3.3 Selección de información

Teniendo en cuenta la disponibilidad y acceso a las entrevistas aplicadas en el estudio marco, se realiza una selección de aquellas entrevistas que fueron realizadas a profesionales de Trabajo Social y disciplinas - profesiones afines; solicitando a la investigadora principal señalar aquellas que daban cuenta de la intervención social o de tipo psicosocial dentro de

¹⁴ Los programas caracterizados pertenecen a cinco Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en la ciudad de Cali, dónde se desarrollan dichos programas: una IPS del régimen subsidiado, una IPS nivel I del régimen contributivo, una IPS nivel II del régimen contributivo, una IPS de medicina prepagada, y una IPS del régimen especial. La denominación de las IPS no corresponde con sus nombres, sino con su clasificación según el régimen de salud al que pertenecen las personas a las que brindan sus servicios; y al niveles de complejidad que tengan (dependen de la capacidad instalada, la infraestructura técnica y tipo de servicios que presta). Los nombres fueron reservados por confidencialidad.

los programas caracterizados. A partir de las consideraciones, se delimitó el análisis a 6 entrevista realizadas a una trabajadora social, tres psicólogas y dos gerontólogas de diferentes IPS de Cali.

De igual forma, se realizó una revisión documental sobre la normatividad del sistema de salud de Colombia y de los programas para la prevención y control de la DM e HTA, para la cual se consultaron documento del Ministerio de Protección Social en relación al Plan Decenal de Salud Pública, Ley 100, regulación 412 y protocolos para atención de la DM y de la HTA.

3.4 Tipo de Análisis

Sobre los documentos e información descrita, se llevó a cabo un análisis de discurso, que implicó realizar lecturas interpretativas de profundización sobre el discurso contenido en los documentos y entrevistas (Piñuel, 2002). En este sentido, la palabra discurso fue entendida como el evento comunicativo que posibilita la manifestación de marcos de significado, ya sea en una interacción verbal (aunque esta haya sido capturada y transcrita) o un documento escrito. De esta manera, se reconocen tres dimensiones a tener en cuenta: a. uso del lenguaje; b. comunicación de creencias; y c. la interacción social (Piñuel, 2002).

En este orden de ideas, se logró desentrañar el modo en que los actores producen o reproducen las relaciones sociales en la forma institucionalizada de intervención psicosocial de los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA en IPS de Cali. Teniendo en cuenta, el lenguaje utilizado para explicar o referir categorías preestablecida, los códigos (normas y reglas) que se emplean dentro de dichos programas para la implementación de la intervención de tipo psicosocial, sentido otorgado a la acción y el lugar que se le da a las personas dentro del proceso enfermedad – tratamiento.

3.5 Categorías de análisis

Objetivo	Categoría	Sub-categoría
Describir	Contexto para intervención psicosocial en los programas	Aproximación al marco normativo/legislativo
		Condiciones institucionales/laborales
Reconocer /explicar	Marcos interpretativos	Quien interviene (formación y trayectoria)

		Significados (sobre personas con DM2 o HTA y sobre las enfermedades)
Identificar	Intervención psicosocial	Objetivo/finalidad de la intervención psicosocial
		Estrategias de intervención psicosocial (que se hace y cómo)

Tabla 1. Árbol de categorías. Elaboración propia

3.6 Proceso de investigación

Se hace un reconocimiento a la incorporación de la propuesta metodológica de Scribano y De Sena (2009) para las investigaciones basadas en información secundaria.

I. *Familiarización*

Se trató del reconociendo de los objetivos para los cuales se recogió la información que se deseaba utilizar como fuente secundaria.

Se inició entonces con la lectura del proyecto marco, a partir de la propuesta presentada a convocatoria interna de la Universidad del Valle. Así mismo, se hizo una lectura inicial e inductiva a las entrevistas realizadas, convertidas en textos planos (sin análisis). Se logró identificar tendencias de información (categorías emergentes), que eran objeto de análisis en la investigación preliminar, con las cuales se perfilaron posibles preguntas de investigación y pertinencia para Trabajo Social.

Es importante aclarar que durante este proceso se sostuvo un dialogo permanente con la coordinadora del estudio marco, quién resolvía de manera verbal las inquietudes respecto a las condiciones en las que se aplicó las entrevistas y los avatares en el trabajo de campo, permitiendo mayor acercamiento y familiarización con su contexto, instrumentos y proceso de recolección.

II. *Definición del problema y objetivos de investigación*

Se dio paso a la revisión bibliográfica de investigaciones relacionadas con la atención a las personas diagnosticadas con una ECNT, principalmente Diabetes Mellitus2 e Hipertensión arterial. Encontrando estudios centrados en la relación médico-paciente y la adherencia a los tratamientos de las ECNT, estudios sobre los modelos de atención en las ECNT y algunas investigaciones realizadas desde Trabajo Social sobre los significados y experiencias de las personas diagnosticadas con alguna ECNT.

A partir de allí, se definió centrar la mirada en la forma como los profesionales de disciplinas sociales y psicológicas participan en procesos de atención en salud, para el tratamiento de la diabetes y la hipertensión. Puesto la importancia que se atribuía a los elementos de orden psicológicos, socioeconómico, familiar y social en el éxito de los tratamientos (adherencia), además del nivel de comunicación – relación entre los proveedores de servicio y las personas enfermas.

Paralelamente, se establecieron las referencias teórico-conceptuales que permitieron sus análisis a profundidad. Se consideró entonces tomar elementos de las teorías tanto interaccionista simbólica y de la estructuración, para análisis de cuatro categorías: 1. atención realizada por los profesionales, 2. trayectoria formativa y laboral; 3. Significados; y 4. influencia de los marcos normativos e institucionales en la atención realizada. No obstante, estas fueron modificadas durante el proceso de análisis de la información.

III: Selección y análisis de la información

De la información disponible como fuente secundaria, se delimitaron seis (6) entrevistas para aplicar análisis de discurso y algunos documentos públicos para revisión documental, con base a los referentes teóricos y categorías indicadas. Sin embargo, se identificaron dificultades a la hora de presentar los hallazgos, principalmente porque no se podían articular debido a que las teorías con que se analizaban pertenecían a perspectivas diferentes, además, algunos conceptos como el de intervención social no había sido plenamente incluido, poniendo en riesgo la pertinencia disciplinar en esta monografía.

De este modo, se consideró pertinente priorizar la perspectiva teórica de la estructuración que permitía revisar tanto aspectos subjetivos (significados) y aspectos estructurante (marcos institucionales) de manera concreta y articulada, además de incorporar la intervención social como categoría de análisis principal. De igual forma, se debió ajustar las demás categorías de análisis y los objetivos de la monografía propuesto inicialmente en el proyecto de trabajo de grado, en términos de redacción y coherencia con la perspectiva teórica y la disponibilidad de información. Además, se suprimió una categoría (trayectoria formativa y laboral).

Con los aspectos expuesto, se realizó un proceso de categorización utilizando un software para el procesamiento de datos cualitativos, Atlas ti, versión 7.2.5. El ATLAS.ti es un programa diseñado para la sistematización y análisis de información cualitativa en cualquier formato (texto, imagen, sonido, video). Las entrevistas seleccionadas para esta monografía fueron incluidas como archivos planos en el programa y desde allí, se hizo una nueva lectura de las entrevistas como documentos de texto, seleccionando y relacionando fragmentos que pudieran dar respuesta a cada categoría, incluyendo opiniones, alusiones y fragmentos referidos a algunas de las categorías.

IV. Presentación de resultados

A partir de la categorización se construyen tres capítulos (4,5 y 6 en este documento) de presentación de análisis y resultados: en el primero se presenta contexto normativo e institucional para intervención psicosocial en los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA, en el segundo se describe los marcos interpretativos que tiene la profesionales para la intervención psicosocial, y en el tercero se identifica el objetivo y los métodos de intervención psicosocial.

Capítulo 4

Programas para la prevención y control de la DM y la HTA

En este capítulo se describen los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA desde su marco normativo/legislativo y las condiciones operativas para su implementación en las Instituciones de Salud de este estudio. Se tiene como hilo conductor, la identificación del lugar de la intervención psicosocial dentro de los programas en diferentes niveles de análisis presentado.

4.1 Aproximaciones al marco normativo/legislativo

Los programas para la prevención, tratamiento y control de la HTA y la DM tienen como finalidad proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de la DM e HTA y sus factores de riesgo; así como las complicaciones de mayor presencia, con el propósito de elevar la calidad de vida de las personas que las padecen (Acosta y García, 2010). En Colombia, éste tipo de acciones están reglamentadas por el Ministerio de Salud en la Resolución 412 del 2000, en aras de unificar lineamientos, procedimientos y criterios en el desarrollo de los programas, además de realizar seguimiento y control a su cumplimiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y la Instituciones Prestadora de Servicios de Salud (IPS).

En la Resolución 412 de 2000, se adoptan y promueven normas técnicas y *guías de atención*¹⁵ (Ministerio de Salud, Resolución 413 de 2000), las cuales, tiene como objetivos para los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA:

“Detectar en forma temprana la hipertensión arterial sistémica y brindar el tratamiento, de la HTA y los factores de riesgo asociados, para minimizar las complicaciones, las secuelas y la mortalidad” (Ministerio de la Protección Social.

¹⁵ Las normas técnicas y guías de atención expresan los lineamientos y políticas del Ministerio de la Protección Social o Ministerio de Salud, para el desarrollo de actividades de “promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” de 23 enfermedades específicas, contenidos en 23 cartillas, una por enfermedad. La elaboración de estas guías se hizo durante dos años, en un trabajo continuo y coordinado entre los institutos de Salud Pública y Epidemiología Clínica de la Universidad Nacional de Colombia, el Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS). “la evidencia científica internacional, los conocimientos y habilidades clínicas y la experiencia en gestión de servicios de salud de cerca de trescientos (300) profesionales” (Ministerio de Protección Social y otros, 2007. PP. 11-12).

2007, pág. 164), y “Brindar el tratamiento oportuno para prevenir o retardar la progresión de las complicaciones agudas o crónicas con el fin de reducir la morbilidad, mortalidad y los costos sociales y económicos, optimizar la rehabilitación” (Ministerio de la Protección Social. 2007, pág. 375).

En su discurso (uso del lenguaje), estos objetivos parecieran estar orientados desde un enfoque curativo, centrado en la enfermedad y sus complicaciones, por ejemplo, se propende por “minimizar complicaciones y mortalidad”, “prevenir o retardar complicaciones”, “reducir morbi-mortalidad” y “optimizar rehabilitación”, en lugar de plantear la superación de las situaciones generativas de la enfermedad y minimizar la tensión de los tratamientos. Además, establece metas de tratamiento de orden clínico, con una propuesta de intervención de tipo farmacológica, pero centra la responsabilidad del éxito de estos tratamientos en el individuo y su conducta.

Este tratamiento **tiene como pilar fundamental la modificación de estilos de vida**, especialmente los relacionados con los hábitos alimentarios y la actividad física, sobre ellos se apoya no sólo la meta de reducción de peso sino la prevención de otros factores de riesgo, especialmente los relacionados con enfermedad cardiovascular. (...). La terapia farmacológica debe incluir los antidiabéticos orales (ADO) o insulina para el control de la glucemia, además los fármacos para el control de patologías asociadas como la HTA, enfermedad coronaria, dislipidemia y obesidad (Ministerio de Salud, guía 17 del 2007. Pág.384).

Estos elementos a nivel semántico y normativo (disposiciones y principios), podrían asociarse con una visión nosológica y mecánica sobre la concepción del proceso salud-enfermedad, que corresponde a lo que Foucault (1981) denominó discurso médico. Desde esta visión, tanto los significados otorgados a la enfermedad como los que se construyen alrededor de las personas que las padecen, son configurados y fundados por la mirada de la medicina (Foucault, 1966 & 2006 citado en Charry, 2012).

En este sentido, se evidencia la legitimación del discurso médico para la implementación de los programas de prevención y control de la DM2 y la HTA, a través de la resolución 412 del 2000, garantizando la reproducción social de dicho orden, por lo cual las guías centran sus objetivos en una orientación hacia la contención y minimización de los efectos de las DM2 y la HTA, más que a su prevención y superación, casi que sin considerar la necesidad de modificar condiciones sociales, culturales, ambientales o económicas que podrían estar

asociadas al surgimiento y desarrollo de estas enfermedades crónicas (Pozo y Hernández, 2007; Vinaccia y Orozco, 2005; Grau, 2016; Ruiz, 2007).

Igualmente, podría establecerse una relación de estos lineamientos de orden curativo y metodología clínica – farmacología, con una propuesta de mercado en los servicios de salud. Desde esta perspectiva, el paciente adquiere una connotación de cliente, los procesos entran en la lógica de minimización de costos y maximización de ganancias, por ello la propuesta de atención no está orientada a la promoción de la salud, sino a la reducción del daño. Más desde la perspectiva económica que emocional y social. En relación a lo anterior, Estrada (2006) afirma que en Colombia la planificación social en salud impera un modelo médico privado, biológico, individualista, a histórico y mercantilista, donde las políticas en salud y en consecuencia los programas y servicios que se derivan de ellas, son sectoriales, asistenciales y remediales, con debilidades en la responsabilidad social del Estado.

En cuanto a la intervención psicosocial, en las guías y la resolución 412 de 2000, está directamente relacionada con la modificación de las actitudes, comportamientos (hábitos) y creencias de las personas, a través de estrategias educativas y de promoción de hábitos de vida saludables, desde una perspectiva medicalizada, para el fortalecimiento y mantenimiento del tratamiento clínico- farmacológico. Este discurso implica una concepción instrumental de la intervención psicosocial, además se centra en la modificación de los comportamientos individuales a partir de la acción directa sobre los individuos y sus familias, desconociendo el análisis de los factores de contexto de las personas y la significación que dan a la enfermedad¹⁶.

El tratamiento no farmacológico está orientado a brindar educación en estilo de vida y comportamientos saludables e intervenir los factores de riesgo causantes de la HTA y de la enfermedad cardiovascular [ver tabla 20 en anexos]. Este tratamiento, que es aplicable a todo paciente **ya sea como tratamiento único o como complemento de la terapia farmacológica,**

¹⁶ Esta idea también fue expuesta por Estrada (2004) en relación al análisis de las políticas de salud en Colombia, “Otra de las inconsistencias tiene que ver con el tipo de multicausalidad que se propone (...). Lo social es reducido fundamentalmente “al comportamiento individual y social”, lo social no puede reducirse limitadamente al estudio de los comportamientos humanos, este enfoque condiciona las posibilidades explicativas en términos de causalidad, ya que no permite establecer las necesarias relaciones entre salud y determinantes económicos, sociales, culturales y políticos, etc.” (Estrada, 2004. Pág. 108).

permite obtener mejores efectos con dosis relativamente menores de medicamentos. (Ministerio de Salud, Guía 13, 2007, pág. 184).

Asimismo, la propuesta de responsabilizar a las personas por el desarrollo de la enfermedad y el éxito de los tratamientos médico-clínicos y farmacológicos, trae varias consideraciones, por un lado, el reconocimiento de los límites de la medicina y la necesidad de pensar los procesos de salud-enfermedad desde sus determinantes sociales y psicológicos. No obstante, ofrece una justificación de la ineficacia de las políticas sectoriales en el campo de la salud, al tiempo que abre la posibilidad de poder sancionar la vida cotidiana desde el parámetro de lo sano y lo patológico, asumiendo que el comportamiento y las relaciones humanas como situaciones de riesgo para la salud.

El estado social y psicológico puede impactar la adherencia al tratamiento, en el mismo sentido influyen los conflictos o el apoyo familiar (...) **Este facilita alcanzar las metas del control metabólico para prevenir o retardar el desarrollo de las complicaciones crónicas; además permite que la persona con DM2 se comprometa con su tratamiento para alcanzar las metas.** Actualmente el paciente diabético debe ser activo en la atención de su salud, apoyado en el equipo de salud, para alcanzar las metas del tratamiento y lograr frenar el desarrollo de las complicaciones (Ministerio de Salud, Guía 17, pág.391).

Por otro lado, no se define un perfil específico para este tipo de acompañamientos y la participación de las disciplinas de las ciencias sociales y humanas, entre esas Trabajo Social, está incluida en las guías como parte de los “equipos interdisciplinarios”, con requerimientos específicos como experiencia, interés y capacitación dentro del campo de la salud, sin ningún reconocimiento o inscripción de una profesión en particular.

Es importante que para efectuar el tratamiento de la HTA se conformen **equipos de salud interdisciplinarios** (médico, personal de enfermería, nutricionista, sicólogos, etc.), **capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y atención oportuna de la HTA** (Ministerio de Salud, Guía 13, 2007 página 184).

El paciente diabético debe recibir cuidado por un equipo constituido por médico, enfermera, nutricionista **y otros profesionales, como psicólogo, que tengan experiencia e interés especial en la diabetes** (Ministerio de Salud, Guía 13, 2007 página 383).

Respecto al conocimiento e información que tienen las entrevistadas sobre las normas técnicas (resolución 412 de 2000 y guías de atención), en 3 de las 6 entrevistas se afirma explícitamente conocerlas, las otras reconocen la existencia de protocolos para el desarrollo de acciones en la prevención y control de la DM2 y la HTA, pero no se refieren de manera explícita a las normas técnicas.

La verdad estoy a penas en el proceso de estar leyendo, porque así como ingresé, lea y haga, la acción...Entonces estoy como en todo ese proceso. Obviamente todos los procesos acá están como categorizados, y hay un protocolo de atención para los pacientes de riesgo cardiovascular, pero que no difiere tampoco mucho sobre nosotros; que es como la atención inicial, hacer todo el proceso de acercamiento, mirar cuáles son los antecedentes, mirar la dinámica familiar, entrar pues, como a analizar toda esa dinámica y hacer pues, todo el proceso de seguimiento con ellos
(Trabajadora Social. IPS Contributiva nivel 2)

De este modo se evidencia que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuentan con una organización de los procesos de acuerdo a “categorías” que parecen estar asociadas a los programas o diagnósticos médicos. Así mismo, aunque los protocolos a los que se refiere el fragmento pueden asociarse a las normas técnicas (Resolución 412 de 2000 y las guías de atención), corresponden a una adaptación que hacen las instituciones de acuerdo los recursos disponibles para su implementación. Las IPS garantizan que los profesionales tengan un reconocimiento de estos procedimientos a través de diferentes mecanismos, como la entrega documentos (manuales y protocolos) para lectura individual al iniciar un cargo o para la consulta constante, además de orientaciones verbales sobre funciones y el conducto de los procesos a desarrollar, por parte de superiores o antecesores.

Ahora que inicié con la jefe tuve una reunión en la que ella me dijo bueno, hay que leer sobre todo lo que tiene que ver el manual de calidad, mirar pues como esa parte, y estoy como en ese proceso de empezar a leer, a manejar toda esa parte **(Psicóloga, IPS Contributivo Nivel 2)**

Cuando ingresé a C [nombre borrado] se hace toda una inducción acerca de los programas, el aporte que esperan de cada profesional, y pues acerca de las funciones que se van a manejar dentro de cada programa **(Psicóloga, IPS Contributivo Nivel 2)**

Por otro lado, dentro de las entrevistas se encontró que las intermediaciones instituciones no siempre estuvieron presentes para el reconocimiento de las normas técnicas en prevención y

control de la DM2 y la HTA, incluso, se evidencia cambios en su denominación e implementación.

Imagínate en el 92 trabajábamos era por la políticas que mandaba la Secretaría de Salud Municipal, entonces los lineamientos que dieran eran lineamientos, se llamaban lineamientos, y por ahí era que seguíamos, íbamos y empezábamos a trabajar esta es la línea de adulto, entonces trabajábamos la línea y los componentes que tenía, era como lo que pasaba en el momento, eso era lo que trabajábamos... y ahora estamos con las guías de apoyo y es nuestro derrotero para trabajar **(Gerontóloga, IPS subsidiada)**

Esta modificación en el proceso de implementación podrían asociarse al cambio en el diseño de las políticas de salud en el país, a partir de la ley 100 de 1993, pues la resolución 412 entra en vigencia a partir del 2000. Estos elementos corresponden con la afirmación de Estrada (2006), de que después la contra reforma del Sistema Nacional de Salud (Ley 100 de 1993) se dio la institucionalización de un enfoque regulador, donde el Estado dejó de brindar los servicios de salud, nutrición y educación y los privatizó para la administración de terceros. Cambio que también es referenciado y apropiado dentro de los programas de prevención y control de la DM2 y la HTA.

Como podemos ver, el marco legal a partir del cual se construyen los programas para la prevención y control del DM2 y HTA fundamentan una visión biomédica, farmacológica y clínica, además de una construcción de mercado donde los servicios de salud son concebidos como mercancía, devaluando su estatus de derecho fundamental. En este sentido, las IPS han jugado un papel primordial en el desarrollo y continuidad de los programas desde este enfoque, a partir de la institucionalización de las guías y la disposición de mecanismo de control. Es importante fundamentar que las IPS tiene una autonomía en la implementación de las guías, en tanto, definen las condiciones en la que se implementan y como se va a desarrollar la intervención psicosociales dentro de los programas y servicios.

4.2 Contexto institucional

En relación al contexto institucional, se revisan los recursos materiales e inmateriales que ofrecen las Instituciones Prestadoras de Servicios, tanto privadas como públicas de esta investigación, para la intervención psicosocial dentro de los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA.

En este orden de ideas, sobre los recursos materiales en las entrevistas se encontró información relacionada con la disposición de espacios y tiempos para las intervenciones de tipo psicosocial. En este sentido, se destaca que no todas las IPS cuentan con espacios físicos suficientes para desarrollar su trabajo, los profesionales deben estar rotando constantemente el lugar donde realizan la intervención:

Lo que pasa es que en Desepaz, yo por ejemplo voy a dar el apoyo, en Potrero estuve yendo y no he vuelto por las condiciones del sector Potrero Grande y Manuela estuve yendo pero como están en construcción no tengo espacio, dije no voy por allá, Alirio Mora espacio no hay, entonces la verdad intervención no he hecho allá **(Gerontóloga, IPS Subsidiada)**

Ejemplo algo que yo veo que no me facilita el proceso, es no tener un espacio propio. Es muy complicado, entonces a veces pasa que me toca en cualquier lugar, a veces me ha tocado en el pasillo o aquí afuera –aunque es rico afuera- pero pues no siempre, no es como el espacio [adecuado] **(Trabajadora Social. IPS Contributiva nivel 2).**

Por otro lado, el tiempo dispuesto por las instituciones para la intervención psicosocial, está entre 15 y 30 minutos. Para algunas profesionales el tiempo es suficiente, para otras, no. Por lo cual, deben modificar sus intervenciones o buscar otros espacios diferentes donde puedan brindarles a las personas y sus familias, la orientación que consideran necesaria.

Están queriéndome colocar 15 y 20 minutos como los médicos, pero es que es diferente, incluso una asesoría gerontológica es de 45 minutos, pues por todo lo que hay que hacer. Entonces 30 minutos, lo que yo hago allí es aplicar un instrumento evaluativo y ahí pregunto el motivo de adherencia, aplico instrumentos evaluativos, hago el diagnóstico que es dar orientación a los ocho, quince, o veinte días, miro a ver como están, sigo reforzando de acuerdo al instrumento evaluativo **(Gerontóloga. IPS Subsidiada).**

Si allá no le dan el tiempo, pues yo tengo que escucharlo, por eso lo mandaron para acá, para saber lo que está pasando con ellos (...) yo los recibo y les digo una hora, lo puedo escuchar una hora y es un buen tiempo para limpiarle sus lágrimas, para pasarle un papel, para abrazarle, para decirle bueno vamos a hacer un trabajo, vamos a hacer cita con el psicólogo, después viene aquí nuevamente **(Gerontóloga. IPS Especial)**

Estas pocas condiciones de espacio físico y tiempo que ofrecen algunas IPS no brindan las garantías necesarias para una intervención de tipo psicosocial fundamentada en las creencias acerca de la salud/enfermedad que tienen los pacientes y sus familias, debilitando

el equilibrio respecto a las demandas que hacen los operadores de los servicios de salud y el estrés que genera en los pacientes, además no se consideran condiciones óptimas para la construcción de un vínculo entre las personas y los profesionales, que pueda facilitar la intervención psicosocial (Vinaccia & Orozco, 2005).

Por otro lado, los recursos o mecanismos no materiales se ven reflejados en condiciones que se relaciona con la definición del tipo de profesional para la intervención psicosocial y la disposición dentro de los programas. Así como también, los procedimientos o protocolos que determinan el lugar y el momento de la intervención dentro de los programas.

En este sentido, se encuentra que en las IPS no hay una distinción frente al tipo de profesional que debe realizar el acompañamiento psicosocial, designando este papel a enfermeras, gerontólogas, psicólogas y trabajadoras sociales, quienes deben realizar una función principalmente, de educación para la modificación de hábitos de vida saludables y mantenimiento de las recomendaciones clínico- farmacológicas.

Hay que seguir motivando, pero para eso requiere más apoyo de recurso humano, o sea le hace más falta gente allí, para seguir motivando la gente. Por ejemplo, se requerirían más personas con este perfil y vinculados permanentemente, **(Entrevista gerontóloga IPS Especial)**.

De igual forma, en las instituciones dónde se cuentan con profesionales de disciplinas del ámbito social y psicológico, se hacen constantes capacitaciones sobre el manejo médico, clínico y farmacológico de DM2 y la HTA. Además, el tiempo de dedicación de las profesionales a estos programas es parcial o sólo cuando se requiere. Como ejemplo, se propone el siguiente cuadro:

Tiempo de permanencia de las profesionales en los programas			
Tipo de IPS	Trabajo Social	Gerontología	Psicología
Subsidiado	No hay	Dedicación exclusiva	Si se requiere
Contributivo Nivel 1	No hay	No hay	No dedicación exclusiva
Contributivo Nivel 2	No dedicación exclusiva	No hay	No dedicación exclusiva
Régimen Especial	No hay	Si se requiere	No hay

Tabla 2. Elaboración propia. Inspirado en Gómez, S., 2015.

Por estas condiciones, algunas profesionales del área psicosocial manifiestan **que deben limitar la intervención psicosocial a las actividades preestablecidas sin poder implementar otras alternativas**. Además, no pueden brindar la atención oportuna y las personas deben esperar mucho tiempo para una cita, porque no cuentan con el personal suficiente.

Influye mucho lo que usted decía ahorita, lo que son barreras que se encuentran en los programas, y eso empieza a generar en los pacientes cierta inconformidad; por ejemplo, la congestión a veces para pedir las citas; las demoras y el tiempo que manejan **(Entrevista Psicóloga. Contributiva nivel 1)**

Por otro lado, dentro de los procedimientos descritos en las entrevistas, la intervención psicosocial es posterior a la atención médica y está sujeta al criterio del médico, es decir, sólo cuando se evidencian situaciones de inestabilidad emocional, bajo o escaso acompañamiento familiar y deserción del tratamiento. Los médicos se encargan de remitir a Psicología, Gerontología o Trabajo Social sí lo considera necesario o cuando la situación no se considera propia del abordaje del cuerpo médico.

Por lo general nosotros, el paciente llega a donde el médico, el médico pues hace su identificación de patología y él analiza si es un paciente inadherente o que presenta de pronto un estado emocional de depresión, ansiedad, etc., hace la remisión; (...) Hay pacientes que por psicología no necesitan tener un control mensual o periódico, porque son pacientes controlados, adherentes **(Psicóloga. IPS Contributiva nivel 2)**

Cuando envían los pacientes a Trabajo Social es que son in-adherentes que ya se hizo el llamado y nunca vienen, ni por el llamado, ni que por correo, nada; ahí es donde yo tengo que ir a mirar, primero si es que se cambió; por qué está perdido o definitivamente ya no quieren venir; entonces hacer el acercamiento **(Trabajadora Social. IPS Contributiva nivel 2)**

En este orden de ideas, la intervención psicosocial se relaciona con asuntos coyunturales. El proceso de intervención psicosocial pareciera estar determinado por el nivel de adherencia, es decir entre mayor adherencia, menos posibilidades de intervención psicosocial. Y NO POR FACTORES DE ORDEN EMOCIONAL, SOCIAL O FAMILIAR PRESENTES EN SU BIENESTAR.

Siempre lo llaman para las cosas que ya ninguno ha podido; entonces que el médico, que pasa la psicóloga, entonces la Trabajadora Social, y yo digo: pero por qué siempre nos dejan a nosotros de últimos, cuando tendríamos que ser nosotros

los primeros, donde logramos identificar, la estructura familiar; cómo él se percibe; cómo percibe la enfermedad y el diagnóstico y todo lo que viene, y no dejarnos como por último, ya solamente, como coloquialmente con los chicharrones (**Trabajadora Social. IPS Contributiva nivel 2**).

Teniendo en cuenta lo anterior, dentro de las IPS no hay reconocimiento a la intervención psicosocial y de su potencial dentro de los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA, situación que se ve reflejada en la disposición de los mecanismos de poder materiales y no materiales que refuerzan la preponderancia de una perspectiva biomédica. En este sentido, pese a que hay una inclusión de la intervención psicosocial, existen pocas garantías para la acción y se subordina a las limitaciones de los tratamientos médico, clínico y farmacológico. Además, no hay una rigurosidad frente al perfil del profesional que debe asumir la intervención psicosocial, comprometiendo la atención integral y la mirada holística.

Capítulo 5

Marcos interpretativos

En este capítulo exponen los marcos interpretativos de las profesionales a cargo de la implementación de la intervención psicosocial en los programas para la prevención y control de estas patologías en IPS de Cali (gerontólogas, psicólogas y trabajadora social). Primero desde los conocimientos y experiencia en el tema, seguido de la interpretación de sus significados sobre los sujetos de intervención (personas diagnosticadas) y sobre enfermedades Crónicas No Transmisibles

5.1 Reconocimiento de los agentes de intervención psicosocial

Los recursos teóricos, metodológicos y pragmáticos (así como los marcos interpretativos) que tienen las profesionales para la intervención psicosocial en los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA, han sido adquiridos y modificados a través de la experiencia vivida en diferentes escenarios: familiares, culturales, sociales y su propia dimensión biología. Siendo el campo de formación disciplinar y experiencia laboral las de mayor abordaje durante las entrevistas, se retomaron algunos elementos en relación a la construcción de los significados revisados anteriormente.

Los estudios de profesionalización académica - disciplinar se encuentran entre la Psicología, la Gerontología y el Trabajo Social, adquiridos en instituciones de educación superior o educación formal como universidades o el SENA.

La Gerontología corresponde a una disciplina que estudia el envejecimiento, la vejez y al adulto mayor bajo las perspectivas biológica, psicológica y social. Según centro de estudios universitarios, los objetivos más destacables de la Gerontología en el campo de la salud son: la promoción y fomento de un estilo saludable de vida para un envejecimiento activo; prevención de daños a la salud; estudio de procesos intergeneracionales y familia; garantizar la calidad y accesibilidad a los servicios de salud gerontológicos y la implementación de estrategias de cambio en seguridad social y políticas públicas (Centro universitario de Tonalá, en línea).

La Psicología es una disciplina dedicada al estudio de la mente y los comportamientos humanos, cuya aplicación al campo de la salud se dedica al estudio de los componentes

subjetivos del proceso salud-enfermedad, así como las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población. (Libertad, 2003).

Por su parte, el Trabajo Social es una profesión-disciplina ubicada en el campo de las ciencias sociales y humanas, que “promueve el cambio social, interviene en procesos y proyectos que tienen que ver con las relaciones humanas, las políticas de bienestar, desarrollo humano y social, considerando al individuo como ser biopsicosocial” (Conts, 2014, página 12). En el campo de la salud, “el trabajador social aporta al tratamiento sistémico individual, familiar o grupal, con respecto a las problemáticas sociales que pueden incidir en el proceso de salud-enfermedad, y con miras a lograr objetivos de rehabilitación y mantenimiento de la salud. Además, en el equipo interdisciplinario el trabajador social aporta a la identificación de los problemas sociales derivados de la exposición a factores de riesgo, desde aspectos sociodemográficos, permitiendo mayor integridad y globalidad en los diagnósticos y tratamientos, proyectando sus acciones hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y comunidades” (Const., 2014, pág. 16).

A pesar de la diversidad en las tres disciplinas dado su enfoque teórico, metodológico y ontológico, en condiciones específicas al abordaje de las personas con Dm2 e HTA pueden tener una lectura similar de las realidades desde lo psicológico, lo social y relacional. De igual forma, para este campo de acción en la salud poseen un perfil disciplinar que converge directamente con las competencias determinadas para hacer la intervención psicosocial. Además de que están enmarcados en un contexto institucional y normativo demanda el mismo tipo de acción, bajo el marco de los equipos interdisciplinarios, la atención integral y el acompañamiento psicosocial.

Por otro lado, en algunas entrevistas se alude a la adquisición de los conocimientos de especificidad en la atención a pacientes con ENCT, que en su mayoría son adquiridos en capacitaciones, actualizaciones y/o seminarios organizados para y por médicos, además de la documentación por cuenta propia y en la interacción comunicativa con compañeros.

Aquí hay un médico centinela que nos ha apoyado también, entonces nos han programado varias **capacitaciones** con él; donde él nos orienta mucho sobre la diabetes, sobre el manejo de la insulina, sobre la adherencia, sobre habilidades para el manejo de la parte educativa (**Psicóloga, IPS Contributivo Nivel 2**)

Las **charlas** que he recibido en la parte médica, que invitan los médicos cuando es el tema con lo de riesgo entonces ellos me hacen partícipe, algunas veces, otras veces como que se les olvida y no me invitan, pero de todas maneras si he participado, y también de otras actividades que me han dado participación, (...), [temas tratados sobre] la naturaleza de la enfermedad y las formas de tratamiento que se obtuvo, y también el trato que se le debe dar al paciente a nivel familiar, el apoyo familiar y también de los recursos de todo lo que hay disposición de los servicios de salud **(Gerontóloga, IPS Especial)**

Según Carreño (1999), los conocimientos pueden convertirse en recursos para la intervención que, una vez aprendido, pasan a ser un conocimiento tácito sobre determinados hechos, atributos y condiciones, en este caso, de las DM2, la HTA y las personas diagnosticadas. Este conocimiento tácito, también es denominado como “sentido común” para Giddens, el cual es “aplicado en la forma de esquemas interpretativos por los cuales contextos de comunicación se crean y sostienen en una interacción” (Giddens, 2007, pág. 133).

Respecto al análisis de la experiencia de las profesionales en el campo de la salud, se encontró que la mayoría han trabajado previamente en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y en algunos casos, han permanecido en una misma institución a lo largo de su carrera profesional. Siendo X o Y institución de salud, el único escenario laboral en que socializan permanentemente¹⁷, lo que supone el aprendizaje de ciertas pautas de comportamiento, de un lenguaje específico (por ejemplo, términos médicos) y un rol social en relación a la institución, a los servicios de salud y a las funciones que allí desempeñan (Martuccelli, 2006).

Desde que ejerzo la profesión de Psicología he trabajado en el área de salud con la Eps Coomeva. Esto fue hace cinco años, de los cuales 3 he estado asignada a la clínica

¹⁷ Según Martuccelli (2006) retomando las ideas del libro la Construcción Social de la realidad de Luckman y Berger hace referencia a la socialización secundaria señalando que “al lado de una socialización primaria, que concierne los primeros años de vida, y durante la cual se consolidan los hábitos que nos van a acompañar durante toda nuestra vida, existe un conjunto diverso de socializaciones secundarias. En sociedades altamente diferenciadas, como lo son las sociedades modernas, existen un sin número de socializaciones secundarias (aprendizaje de nuevos roles sociales en el mundo del trabajo, procesos secuenciales de socialización escolar – el ingreso a la universidad–, nuevos códigos de conducta asociados a un cambio barrial o de grupo social, y por supuesto, la socialización inducida por el matrimonio)” (Martuccelli, 2006).

Tequendama dónde implementó el programa de Riesgo Cardiovascular **(Psicóloga – Contributivo nivel 1).**

Yo laboraba en una unidad renal, obviamente también son pacientes que tienen algún tipo de enfermedad de base, como diabetes o hipertensión, pero así específicamente como se trabaja acá, no, son dos clases de enfermedades diferentes (...) La unidad renal se llama unidad renal CEDIT, básicamente trabajaban con pacientes renales, que estaban en pre-diálisis, en diálisis, y ya, post-trasplante **(Trabajadora Social. IPS Contributiva nivel 2).**

Aquí en la IPS Contributiva nivel 2 soy relativamente nueva, entré en septiembre del año pasado, pues mi experiencia, ya anteriormente había trabajado con enfermos renales, entonces pues más o menos tenía ya el conocimiento del manejo de las patologías, hipertensión, diabetes, etc **(Psicóloga. IPS Contributiva nivel 2)**

Esta dimensión - la experiencia, reivindica el lugar del sujeto, la posibilidad, de crear, de innovar dada su experiencia, la cual es, pero sigue haciéndose, en medio de las restricciones que supone el medio de los servicios de salud y de los Programas. Por ejemplo, el predominio del paradigma bio-médico y mercantilista en las políticas de salud y los programas; la falta de espacios para la intervención dentro de las instituciones, el exceso de carga laboral (participar en varios programas a la vez) y la dependencia de la intervención psicosocial a una orden o remisión médica o como último recursos para mantener a las personas en el tratamiento, como se ha descrito en el capítulo 4. Además del refuerzo de la visión médico – clínica a través de las charlas o capacitaciones, dado que mucha de la formación que reciben ellas es impartida por médicos o personal clínico, para legitimar su ejercicio en los servicios de salud.

Son más como charlas dirigidas del especialista con el que hemos trabajado, (...) ejemplo las rutas de atención, todos lo que está cambiado mucho como los rangos que se manejan, las presiones, las glicemias, entonces como que estuviéramos actualizados, porque de una manera u otra, aunque nos somos médicos tenemos que saber cómo está el paciente o saberlo orientar, obviamente de una manera muy general, sin entrar pues a profundizar, cómo está el paciente, entonces mirar cómo es la presión, la glicemia, la hemoglobina **(Trabajadora Social, IPS Contributiva, Nivel 2)**

De este modo, el encuentro entre la norma externa al sujeto y el acervo (de conocimientos, valores, creencias, etc...) que traen las profesionales, abre la posibilidad para hacer y pensar diferente, desde la perspectiva de la producción, resignificando las ECNT, el lugar de quien las padece, el papel de los servicios de salud, de la familia y las comunidades, etc. Igualmente, supone un alto riesgo de caer en la reproducción del orden dominante, ya instituido y aceptado. Por lo tanto, el acervo de las profesionales puede entrar en tensión

durante la práctica y/o transformar estos conocimientos con lo que se hace habitualmente en los servicios de salud.

Teniendo en cuenta este panorama, se podría asumir que a pesar de que los conocimientos formales de las profesionales de carácter psicológico y social, en sus significados sobre los pacientes y abordajes sobre la enfermedad, predominan las miradas que se centran en la enfermedad producida y vivida individualmente. En tanto que se produce cierto nivel de disciplinamiento de las profesiones del área psicosocial hacia el punto de vista médico-clínico, dado que mucha de la formación que reciben ellas es impartida por médicos o personal clínico, para legitimar su ejercicio en los servicios de salud. Así mismo, a la hora de visualizar y proyectar metas de su intervención en los Programas de Riesgo Cardiovascular, algunas establecen resultados cuantitativos en relación a la demanda de los servicios de salud: “menos hospitalizados”, “mayor cumplimiento de citas”, “reducción de la presión arterial y glucometría”.

Al respecto, Turner (1999) sugiere que en el campo de la salud existe un dominio profesional del médico, entendido como “un conjunto de estrategias que requieren el control sobre la situación laboral, de las características institucionales de autonomía ocupacional dentro de una división más amplia del trabajo médico y, finalmente, de la soberanía ocupacional sobre otros grupos ocupacionales a fines” (Turner, 1999. pág. 200). Lo que indica un predominio y hegemonía del paradigma biológico – médico – clínico, ahora institucionalizado en las condiciones que brindan las IPS para la atención del personal psicosocial y en la forma como operan los programas de Riesgo Cardiovascular.

Finalmente, se podría asumir que los conocimientos de psicólogas, gerontólogas y trabajadora social son influenciados por un saber y una práctica biomédica, centrada en el cuerpo del sujeto más que sobre otras dimensiones que constituyen a los sujetos y que son tratados en su formación de base, como un ser social, cultural e histórico, entre otros. Es así como se priorizan aquellas prácticas y conocimientos que puedan dar cuenta rápidamente de resultados, facilitando la continuidad del tratamiento médico - farmacológico y reduciendo su campo de acción o subordinando sus prácticas a un papel de complementariedad o de acompañamiento, puesto que los abordajes psicosociales se centran en los procesos y no en los resultados.

5.2 Los sujetos de intervención y las ECNT, desde los agentes

En las entrevistas revisadas (y los discursos adyacentes) se identifica dos posibles marcos de sentido o significados de las profesionales sobre las personas con las que intervienen. Por un lado, se observa una especie de asociación de las personas como víctimas pasivas y por otro, como responsables de la enfermedad y el tratamiento, donde pareciera que las profesionales asignan una serie de atributos en relación al proceso salud – enfermedad – tratamiento.

Al hablar sobre la noción de salud, las informantes coinciden con la definición de la OMS dónde la salud se concibe como bienestar integral, resaltan dimensiones como lo emocional, lo familiar y espiritual dentro de esta definición. Cuando las informantes hablan sobre la enfermedad, específicamente la ECNT, coinciden con el modelo psicosocial de las enfermedades crónicas, destacando entre las causas elementos como el estilo y hábitos de vida, la alimentación, lo económico, lo cultural, lo social, lo familiar, las creencias, las condiciones de vivienda y la existencia de predisposiciones genéticas.

No obstante, se pueden identificar también dos marcos de significado respecto a las ECNT que coinciden con las representaciones sobre las personas con DM2 e HTA. En la primera, se concibe la enfermedad como una respuesta fisiológica que resulta de la somatización de factores psicológicos, familiares, económicos, sociales y culturales. Mientras la segunda representación, conciben la enfermedad como una especie de consecuencia por la conducta individual de las personas.

En este orden de ideas, tanto los significados sobre las personas y como de las enfermedades que padecen se centran en dos ideas principales, la victimización o la culpabilización de las personas por el padecimiento de la enfermedad. Por ello, se desarrollan estas ideas de manera aunada.

- *La victimización del paciente y la enfermedad como consecuencia del entorno*

Entre el primer marco de significado considerado, se ha revisado aquellas identificaciones o alusiones que hacen las profesionales sobre las personas como “pacientes”. Éste término, hace referencia a un persona que recibe o padece la acción de otra (agente), se relaciona especialmente a quien se encuentra bajo atención médica o va a ser reconocida médicamente (RAE). Asimismo, en algunas ocasiones se refieren las personas por la enfermedad o el padecimiento, de tal manera que se categorizan por su diagnóstico médico.

Los renales y los respiratorios, los manejo, pero no es una población tan grande como tenemos de hipertensos y diabéticos, entonces también tengo unos días destinados pues para los renales, otro día para los respiratorios, pero básicamente la mayor cobertura que se da al mes es de pacientes hipertensos y diabéticos **[Psicóloga. IPS Contributiva nivel 2]**.

Se observa entonces que la enfermedad como un todo, donde podría cobrar mayor importancia las cifras o índices, que la forma en que cada individuo vive la experiencia de enfermar y el estrés de lidiar con el tratamiento. Para citar un ejemplo, se habla glucometría o tensión arterial, así como de demanda de servicios a la hora de hablar de los aspectos positivos de la intervención psicosocial, asemejando al sujeto de la intervención psicosocial al sujeto de la intervención médica:

La aceptación en general se puede ver de pronto en que no se hospitalizan tantos (...) es mirar cuantos pacientes se hospitalizaron por diabetes y los que más se hospitalizaron fueron los renales por ejemplo. Entonces es ver en esas cifras que realmente, si no se hospitalizan, entonces si vemos que de alguna u otra manera, eso va teniendo un impacto y es concientizar al paciente e impactar en su proceso **(Psicóloga. IPS Contributiva nivel 2)**.

En este sentido, el rol de las personas en el programa es fundamentalmente pasivo y su función se limita a cumplir con las recomendaciones médicas. Se trata de una lectura de las personas como personas pasivos, donde se atribuye que la enfermedad, como condición física, es solo un síntoma o una somatización¹⁸, de un conflicto nivel social o familiar que las personas no han podido (y tal vez no pueden) resolver por sí mismas.

En esta perspectiva, algunas profesionales asumen la enfermedad como una respuesta fisiológica a condiciones externas, ambientales, culturales, sociales y familiares, como las

¹⁸ La somatización es un proceso mediante el cual las personas “convierten el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención del conflicto psicológico que le genera ansiedad” (Muñoz, 2009. Pp. 55)

costumbres o la pérdida de funciones sociales con la vejez, además de la somatización de situaciones del entorno próximo y el tipo de relaciones con familiares. En este sentido, son las situaciones externas la causa de la enfermedad, es decir, la enfermedad está determinada por las condiciones del medio en que vivió y vive.

Es toda esta, o sea cómo el ser humano, somatiza tanto, todas las cosas que tiene a su alrededor (...). Porque el estrés, problemas familiares, bueno, cantidades de cosas que hacen que a veces uno empiece a cargarse y pues su cuerpo de una u otra forma tiene que canalizar. **(Psicóloga IPS Subsidiada)**

Uno se da cuenta de que la persona que está enferma, no es solamente la persona, es todo el grupo familiar y a veces la enfermedad es sólo un síntoma de toda una historia de vida, donde ha pasado por todos los momentos, donde, ejemplo gente que ha tenido unas realidades, pues como que todas esas mismas realidades a nivel emocionales como que impactó en su diagnóstico **(Trabajadora Social. IPS Contributiva nivel 2)**

Entre las situaciones que afectan la parte emocional e influyen en las condiciones biológicas de las personas con DM2 y HTA, se relacionan principalmente las pérdidas: las consecuencias del envejecimiento y la jubilación¹⁹, los cambios familiares (como el crecimiento de los hijos), las separaciones y pérdidas (relacionadas con la muerte de seres queridos).

- *Responsabilidad individual y la enfermedad como consecuencia*

Por otro parte, las profesionales psicosociales también pueden hacer reconocimiento de las personas como sujetos autónomos con capacidad para decidir sobre el proceso de su enfermedad y control: acceder al programa, seguir el plan de tratamiento/intervención y el lugar que le dan al acompañamiento familiar dentro del mismo.

Pero siempre cuando los usuarios llegan acá trato de hacer ese primer encuentro agradable, de explicarles porqué y de una manera pues jocosa y metafórica, hacerles como quitar esos miedos “que yo no estoy loco por qué me mandan aquí” **(Psicóloga – IPS subsidiado)**

Entonces eh! comprendiendo pues, toda la dinámica de este paciente, como hacerle comprender su autonomía y la responsabilidad que tiene con su propio cuerpo, con

¹⁹ En el proceso de envejecimiento surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor en el cambio de roles de cuidado. Por otro lado, por la pérdida de la capacidad para realizar actividades cotidianas y la jubilación, las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas (Pfeiffer & Cobo, 2014)

respecto a lo que está viviendo en su entorno inmediato la mayoría de las veces **(Psicóloga. IPS Subsidiada)**

En ocasiones, el reconocimiento de esta capacidad de decisión en el sujeto de intervención, puede estar asociado a la asignación de una responsabilidad individual, tanto de la enfermedad como en el éxito del tratamiento/intervención. Por tanto, se considera como parte de esta significación algunas atribuciones de culpa que hacen las profesionales a las personas, por el desarrollo de la enfermedad y baja efectividad de los tratamientos clínico - farmacológicos, junto con valoración negativa de sus comportamientos y decisiones, sobre todo, si no corresponden con las orientaciones ofrecidas.

Hay señoras que uno les dice que vengan acompañadas y dicen <<no es que a mí no me gustan que me acompañen>> (...) o cuando llamo a ver si pueden acompañarle, me han dicho más de una <<es que mi mamá no le gusta que la acompañe>> o <<mi mamá me dijo cuándo venia que no vaya a abrir esa jeta, no vaya a decir nada>>, es porque no se quiere cuidar **(Gerontóloga. IPS Subsidiada)**

Cuando se refieren a la DM2 o a la HTA como una consecuencia directa de la conducta y/o estilo de vida de las personas, corresponde a una situación aparentemente controlable, que de cierta forma las personas que las padecen por sus prácticas en relación al cuidado de su cuerpo y a la forma de relacionarse con su familia y sociedad.

Son eventos que se dan en nuestro organismo, puede ser: uno, porque las personas no han manejado buenos hábitos (...), entonces por esa parte viene esas enfermedades, la otra parte que también se pueden presentar es por los desórdenes que uno tiene a nivel social y familiar, por ejemplo una persona cuando es demasiado agresiva, conflictiva, irascible puede desencadenar una hipertensión **(Psicóloga. Contributiva nivel 1)**

Es el resultado de unos malos hábitos en la vida, definitivamente, yo creo que uno si los puede llegar a controlar; obviamente hay algunas variables que a veces uno no puede controlar por más que usted tenga cuidados, pero yo creo que en la mayor población, es porque definitivamente su estilo de vida llevó a que se dieran esas situaciones, (...) son consecuencias de sus actos **(Trabajadora Social. IPS Contributiva nivel 2)**

Asimismo, ponen la responsabilidad superar o controlar los síntomas y consecuencias de la enfermedad en las personas. Desde este discurso podría inferirse que las personas están “enfermas” porque no ha sido su voluntad “cambiar”, lo que se asemeja a modificar aquellos hábitos sancionados desde un paradigma bio-médico.

Los discursos de las profesionales se centran en las causas de la enfermedad, o cuando hablan de las personas con DM2 e HTA, en la responsabilidad frente al desarrollo y control de la enfermedad. Como se viene explicando, para efecto del análisis, se logró identificar

diferencias centradas en el individuo, dónde las causas de la enfermedad pueden ser externas y ajenas a su elección o donde las causas de la enfermedad una efecto del conjunto de elecciones consientes, en correspondencia, el sujeto que las padece puede ser una víctima del entorno familiar, social y cultural, o culpable del desarrollo de la enfermedad y la falta de efectividad del tratamiento médico – farmacológico. No obstante, las diferencias no son mutuamente excluyentes, en los discursos se van encontrando elementos de ambos rasgos, que podría dar a entender que no necesariamente están plenamente delimitados en la práctica.

La significación de las personas sujeto de intervención, a partir de la responsabilidad individual del desarrollo de la enfermedad, tiene varias funciones a nivel social, político y económico. A nivel social, se atomiza tanto las causas como la respuesta a la enfermedad en las conductas del individuo, lo cual hace parte de una nueva construcción social de la enfermedad que no está centrada en el paradigma biomédico. Por lo tanto, resta legitimidad al control social que pudiera ejercer la medicina en otros tiempos, sin embargo, hay autores que plantean que poner el énfasis en las conductas permite justificar las limitaciones que tiene la medicina para controlar las ECNT y le permite intervenir en las prácticas sociales a partir de la separación entre las prácticas sanas y prácticas de riesgo.

A nivel político y económico, cabe recordar lo citado en el capítulo 4, en tanto que la planificación social en salud presenta una contradicción, porque pone el énfasis en la contención y minimización de los efectos de las DM2 y la HTA, ofreciendo una solución farmacológica. De modo que, mientras se da una respuesta ineficaz se va justificando al plantear la responsabilidad en la conducta individual, lo cual permite sostener el sistema sin modificar condiciones sociales, culturales, ambientales o económicas que podrían estar asociadas al surgimiento y desarrollo de estas enfermedades crónicas.

Por otro lado, la semejanza del sujeto de intervención psicosocial al sujeto de intervención médica y la enfermedad como parte de las personas, sugiere un posible acomodo de los agentes desde el discurso médico.

Capítulo 6

La intervención psicosocial

En este capítulo se reconoce la intervención psicosocial desde la descripción que hacen las agentes de su actuación profesional dentro de los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA. Para lo cual se recogen aquellas acciones materiales o discursivas, en las cuales se las profesionales desarrollan razonamientos de tipo analítico que permiten identificar los principales objetivos de atención y su metodología (Vélez, 2003). De este modo, el capítulo se divide en: objetivos de intervención y estrategias de intervención. Al final del capítulo se hace una síntesis, puntualizando la relación de la intervención psicosocial con los hallazgos presentados anteriormente.

6.1 Objetivo de la intervención psicosocial

Se hace un reconocimiento de los objetivos de intervención, a partir de la interpretación de la motivación o la finalidad de la acción profesional psicosocial²⁰ dentro de los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA. Para lo cual, se ha considerado que las intervenciones sociales parten de una situación que se considera problemática (Corvalán, 1996; Bermúdez, 2011), que no se pueden resolver por sí mismas o por los actores involucrados.

En este sentido, en las entrevistas, se encuentran principalmente tres situaciones a intervenir, que no necesariamente están igualmente divididas en la práctica. El primero consiste en generar o fortalecer la adherencia de las personas al tratamiento médico – farmacológico, promoviendo la aceptación de su diagnóstico médico.

Eh! yo diría que lo que es la parte de la adherencia, el compromiso del paciente con su tratamiento; la aceptación de ese diagnóstico y mirar la parte del soporte, como red de apoyo ¿Si?, **(Psicóloga. IPS Contributiva nivel 2)**

²⁰ Según Giddens: “ Los seres humanos pueden suministrarnos, a sabiendas o no, por lo que dicen, límites más o menos definidos entre aquellos de sus acciones que pueden ser llamadas deliberadas, y aquellas que no; (...)” (Giddens, 2007. p.105-106). Igualmente expone: “las razones en la conducta humana se puede entender mejor como el <<aspecto teórico>> de la regulación reflexiva de la conducta que actores legos esperan mutuamente ver sustentada [intención o motivación], de surte que si se le pregunta porque actúa como actúa, un actor puede ofrecer una explicación que fundamente su acto.” (Giddens, 2007. p.116).

Lo cual se relaciona con lo enunciado en el capítulo 4, en cuanto al lugar y momento de la intervención psicosocial dentro de los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA, en tanto, su posición es coyuntural y depende de la respuesta de las personas a los tratamientos médico-clínico- farmacológicos, es decir cuando se considera que la subjetividad, actitud, comportamiento y relaciones de las personas compromete el desarrollo de la enfermedad y la efectividad del tratamiento. En este orden de ideas, se entiende que la situación problemática es la falta de adherencia o abandono de los tratamientos.

El segundo objetivo, está orientado a identificar factores de riesgo psicosociales, ahondando en el apoyo o incidencia de la familia en el proceso salud - enfermedad – tratamiento, su finalidad es diagnosticar más que de actuar frente a los factores de riesgo:

Básicamente mis funciones aquí son: todo el proceso de fortalecimiento de lazos entre familia-paciente-tratamiento. Se hace seguimiento del proceso, principalmente a los pacientes que presentan in-adherencia, a través de las visitas domiciliarias para mirar la calidad de vida del paciente y mirar problemáticas de orden más familiar, que no haya una distribución de las funciones, de los roles, que la familia definitivamente no esté como comprometida **(Trabajadora Social – IPS contributiva nivel 2)**

Los factores de riesgo psicosociales son considerados eventos y/o condiciones de carácter psicológico y social que tienen una relación directa o indirecta, con la prevalencia de las problemáticas, que como vimos, está asociada a la no aceptación o correspondencia con el diagnóstico y tratamiento médico-farmacológico. La red de apoyo social y familiar, cobra mayor importancia entre los factores de riesgo, pues se ha considerado que el acompañamiento familiar es un elemento condicionante para que las personas con DM2 o HTA generen adherencia a los tratamientos.

Por otro lado, el tercer objetivo se enfoca en promover la modificación de las conductas que se consideran de riesgo, en tanto se considera que tienen una relación causal con el desarrollo de la enfermedad, buscado estimular o promover la implementación de los “hábitos de vida saludables” por parte del paciente, mediante la sensibilización para su toma de conciencia.

Mi función como psicóloga identificar **la percepción que tiene el paciente de su enfermedad y saber si consciente de las conductas de riesgo que tiene que evitar o para controlar su patología (...)**, pero soy muy enfática en eso, que no sea simplemente como la valoración de si se toma las pastillas, si viene a controles, es ir más allá de la parte médica **(Psicóloga. IPS contributiva nivel 2)**

Como se puede observar, no hay mayor diferencia entre los objetivos señalados en cuanto a la responsabilidad específica de algún tipo de profesión o disciplina. En algunos casos se profundiza en determinado aspecto de la enfermedad o de la persona que la padece, cuya elección no es de orden sistemático, sino que depende de la situación coyuntural que se presente, como también del conjunto de conocimientos, herramientas o recursos que las profesionales emplean regularmente en sus rutinas y que son acumulados o reeditados a lo largo de la vida, tanto a través de los medios formales como la educación, como de los medios informales como pueden ser otras formas de interacción (Carreño, 1999).

Es decir, la estandarización de los objetivos no está dado de manera predeterminada, sino que se han ido definiendo a partir del conocimiento y experiencia por parte de los profesionales que agencia la intervención psicosocial, desde patrones repetitivos en su interacción con el paciente y con otros profesionales que hacen parte de los programas. Además, el conocimiento tácito y habilidades con las que cuentan las profesionales para la intervención, pudieron haber sido transformados a través de la experiencia vivida por cada una en diferentes escenarios, familiares, culturales, sociales y su propia dimensión biológica.

Se resalta que la interpretación que tienen las profesionales sobre los sujetos, está en función de su diagnóstico médico, en relación con la responsabilidad accionada. Además, aunque consideran causas externas, las predisposiciones frente a la intervención se orientan a una acción centrada en el individuo y en la oferta institucional (brindar información,), que incluye a la familia para que sirva de control y proyección de la propuesta institucional y médica.

6.2 Estrategias de intervención psicosocial

Al hablar de objetivos de intervención, se evidencia un problema con un elemento común: *falta de adherencia o abandono de los tratamientos*, a partir del cual se van vislumbrando 3 objetivos de intervención, que junto al significado sobre los sujetos, va evidenciando ciertas disposiciones u orientaciones para la intervención enfocadas en: informar o sensibilizar para promover nuevos hábitos de vida, o vigilar y controlar el cumplimiento estricto del tratamiento médico o clínico-farmacológico.

1. Formación (entregar información)

Como se venía exponiendo (en el capítulo 5), cuando se asume la enfermedad como una consecuencia directa de la conducta y/o estilo de vida de los individuos y se asume al paciente como una persona autónoma y responsable en su proceso. Las intervenciones se centran en informar a los pacientes sobre los cambios en hábitos de vida (alimentación y actividad física) que deben implementar para tener mejores condiciones de salud y sobre las consecuencias negativas de su incumplimiento.

Con los adultos es muy importante entenderlos desde ellos mismos, de su generación y todas esas cosas que ellos arraigan (...). Entonces es cambiarles la información de usted no puede hacer esto, porque se lo estamos prohibiendo a contarles la historia de una forma más ideal de alimentarnos, mira que esto es más rico o mira que te propongo esta opción **(Psicóloga. IPS Subsidiada)**

Generalmente, en estrategia se aplica un método de intervención grupal, también denominadas talleres educativos. Son encuentros del profesional con un grupo de personas con el mismo diagnóstico clínico y similares características de adherencia terapéutica. Se realizan con una frecuencia semanal, de acuerdo con una serie de temas propuestos en las guías técnicas y las necesidades de los grupos. Es posible que el diseño de talleres también este determinado por la oferta institucional y el enfoque profesional, porque este tipo de encuentros o asesoría en grupo se realizan con colaboración de otros profesionales o articulando con otros programas.

Directamente se les pasa a ellos una evaluación donde se les sugiere qué áreas, qué temas les gustaría que se les manejara en la parte educativa, directamente en los [encuentros] grupales **(Psicóloga- IPS contributivo nivel 1).**

Por ejemplo te cuento, con la fisioterapeuta –desafortunadamente ella ya no está– pero lo que hacíamos era hacer diferentes procesos psicoeducativos (...), ella siempre se reunía con ellos y les hacía pues, toda la parte, de su profesión, ejercicios y toda esta parte y yo la apoyaba pues en eso. Entonces destinábamos un día donde íbamos a hablar de diferentes temáticas, donde ella me daba una hora entramos a compartir con ellos diferentes temáticas que nos parecen pues importantes para ese proceso, como de la familia, de las diferentes enfermedades, sobretodo el tema pues de permitirles a ellos la expresión de sus sentimientos **(Psicóloga – IPS Subsidiada)**

Los talleres educativos guardan una relación con el método de intervención de grupo, del

Trabajo Social, “se asumió como alternativa de acción profesional con propósitos correctivos, preventivos, recreativo, educativos y promocionales” (Conts, 2014, pp. 13).

2. Sensibilización – individual

Por otro lado, se encuentra algunas iniciativas de intervención que continúan centrando el interés en un proceso casi que exclusivo con la persona enferma, se concentra en ayudarlas a identificar y resignificar las condiciones relacionales y vínculos estresantes que somatiza con su enfermedad, apoyándolo en la búsqueda de otras alternativas. Se encuentran frases como:

- Se trata pues como todo ese proceso emocional (**Gerontóloga. IPS Especial**)
- Hablar de diferentes temáticas y de hecho ese era un espacio muy agradable para ellos, donde expresaban emociones y cantidades de cosas (**Psicóloga. IPS Subsidiada**)

En este sentido, se realizan asesorías individuales que consisten en encuentros de 30 minutos entre profesional y la persona a intervenir, ocasionalmente participa un acompañante. Con esta acción se busca fortalecer o generar adherencia de los pacientes al tratamiento cuando éstos no tienen una continuidad o deja de asistir a control y tratamiento médico (entre mayor adherencia más será el tiempo de distancia entre una consulta y otra). Su finalidad es la orientación, a través del diálogo o la conversación para ayudar a los sujetos a ejercer control y poder sobre su ambiente individual y social para afrontar cambios en sus estilos de vida.

Entonces yo soy muy enfática en esa parte de la salud, de concientizar al paciente, decirle mire, este es su diagnóstico, estas son las recomendaciones (...) **depende del control que usted tenga**, usted va a poder hacer una vida normal, sin ninguna complicación, pero si usted realmente no se cuida, pues va a tener estas y estas complicaciones; entonces el paciente generalmente sale como, yo les digo: usted de la puerta para allá se le puede olvidar todo lo que yo le he dicho (**Psicóloga. IPS Contributiva nivel 2**)

3. Vigilancia y control

En ocasiones, las profesionales parten de una frustración anticipada, como sí su intervención no tuviera sentido por cuanto el paciente no va a tener la capacidad de generar cambios o va a olvidar las orientaciones, por lo tanto se centra la intervención en el seguimiento y valoración al grado de cumplimiento y/o compromiso de los pacientes con el

tratamiento. El profesional se convierte un vigía de las recomendaciones de otros profesionales. Cuando se asume la enfermedad como una consecuencia directa de la conducta y/o estilo de vida de los individuos, pero se subvalora la capacidad del paciente para realizar cambios en su conducta por sí mismos.

En esta línea, las entrevistas se encuentran frases como:

- Entonces el paciente generalmente sale como, yo les digo: usted de la puerta para allá se le puede olvidar todo lo que yo le he dicho (**Psicóloga. IPS Contributiva, nivel 2**)
- A veces los pacientes no tienen otra opción, y les toca seguir en las mismas condiciones (**Gerontóloga. IPS Subsidiada**)

Igualmente, la intervención se centra en el entorno inmediato del paciente, su familia. En esta estrategia puede responsabilizarse a la familia del proceso terapéutico y exigirse el acompañamiento de un familiar o cuidador para que reciba las instrucciones de los cambios alimenticios y como deben tomarse los medicamentos. En este sentido, el trabajo con la familia, es importante para fortalecer la corresponsabilidad de la red de apoyo, buscando en ella un respaldo para el monitoreo y control de las conductas de las personas.

- Con el grupo familiar el convencimiento de que es muy importante su terapia (**Trabajadora Social. IPS Contributiva, Nivel 2**)
- Hay que hacer una intervención con ese cuidador (**Gerontóloga, IPS Subsidiada**)

Desde esta estrategia, también se puede hacer uso de asesorías individuales con el paciente o con el paciente y su familia, así como el desarrollo de visitas domiciliarias. Según las entrevistas, la visita en domicilio cumple tres funciones diferentes: es una forma de intervención que permite mostrar al paciente interés por su evolución en el tratamiento; es una estrategia de contingencia porque se realiza sólo cuando los pacientes presentan resistencia o deserción al tratamiento y es una herramienta de regulación y fiscalización, porque permite a las profesionales conocer las condiciones y calidad de vida de los pacientes catalogados como in-adherentes, en el lugar de residencia, para conocer los motivos de inasistencia al tratamiento y motivarlo a regresar al programa.

La visita domiciliaria está aquí, bueno en este programa específicamente, para las personas que son in-asistentes o in-adherentes, que ya se hizo el llamado y nunca vienen, ni por el llamado, ni que por correo, nada; ahí es donde yo tengo que ir a mirar, primero si es que se cambió; por qué está perdido o definitivamente ya no

quieren venir; entonces hacer el acercamiento a la visita y decir: mire usted para nosotros es importante, por tanto yo estoy acá para que miremos qué es lo que está pasando. (**Trabajadora Social – IPS contributiva nivel 2**)

Así mismo, se manifiesta que las profesionales que implementan esta metodología de intervención son la trabajadora social y las gerontólogas en IPS contributiva nivel 2, IPS red pública, IPS especial respectivamente, sólo en el caso de la IPS Especial, dónde no se cuenta con ninguna de estas dos disciplinas, la psicóloga es quien realiza las visitas en domicilio.

Los medios de comunicación como el teléfono, correos electrónicos, redes sociales, entre otros son mecanismos que facilitan la interacción con el paciente, con el fin de concretar citas, fiscalización y control en casos de ausencias y sensibilización. Por lo tanto, el profesional cuenta con diversas estrategias, mecanismos y/o instrumentos para facilitar la intervención psicosocial, generar confianza con el paciente y finalmente lograr la adherencia al tratamiento con una mínima o nula resistencia.

6.3 Análisis de la intervención psicosocial, en los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA en IPS de Cali

Encontramos una medicalización de los discursos y prácticas de las profesionales, conlleva aparentemente a una intervención psicosocial con estrategias de acción centradas en el individuo y su familiar, sin considerar estrategias de intervención de orden comunitaria: “Considerar los comportamientos como elementos aislados divorciados de su contexto, induce a la formulación de programas de promoción de la salud que lo que intentan es cambiar comportamientos específicos sin considerar el complejo total dentro del cual éstos elementos son solo una parte, sin tomar en cuenta el nivel del sistema macro-socio-cultural que sostiene y le da sentido a esos patrones de conducta. La interpretación biomedicalizada del estilo de vida eclipsa el análisis de los factores de contexto (...), se presta poca atención a la modificación de los aspectos generales de la sociedades en las cuales los individuos participan.” (Morales, 1999. Pág. 146).

Es entonces como reconoce la influencia de los significados de las profesionales en la intervención psicosocial, lo cual se está reconstruyendo constantemente en medio de las condiciones que supone los servicios de salud y los Programas que se mencionaron en el

capítulo 4, como por ejemplo, la falta de espacios para la intervención dentro de las instituciones, el exceso de carga laboral (participar en varios programas a la vez) para las profesionales y la dependencia de la intervención psicosocial a una orden o remisión médica o como último recurso para mantener a las personas dentro de los programas, asumiendo esta acción como adherencia al tratamiento.

Sin embargo, no existe una alineación mecánica entre significados y práctica, por diferentes aspectos. Primero, como venimos exponiendo, los significados se adquieren y transforman en la interacción. Por lo tanto, los significados son procesos dinámicos que pueden cambiar en cada acción, por la influencia mutua entre los actores durante la interacción; sea una interacción con compañeros del programa (a través de la historia clínica) o durante la atención a los pacientes y sus familiares.

Segundo, hay múltiples mediaciones entre el significado y las prácticas, entre ellas, están las condiciones sociales y psicológicas de los pacientes y las profesionales, y las limitaciones institucionales. En las condiciones sociales y psicológicas de los pacientes y las profesionales, se identifican situaciones como pacientes que nos les interesa lo que tienen y no siguen las prescripciones, pacientes que no quieren hablar, familias que no participan, profesionales que no se sienten motivadas, no les gusta lo que hacen y/o establecen relaciones con los pacientes de antipatía, rechazo o indiferencia (hacen lo que les toca).

Tercero, la motivación e intereses para participar dentro de programas de salud, a los cuales las informantes aducen dos razones, a saber: porque les gusta el campo de la salud o por estabilidad laboral y económica.

Me encanta, porque la parte de la salud a mí me ha gustado muchísimo; yo leo muchos artículos de cómo apoyar a las familias en esos momentos, no solamente de diabéticos y de hipertensos, sino como porque también tengo que atender otro tipo de pacientes con Alzheimer, Cáncer, entre otros. **(Gerontóloga IPS Especial)**

Yo creo que las dos, definitivamente llegó a mi vida por el orden económico, y pues el sector salud resultó siendo muy agradable, en la marcha me di cuenta que sí, que definitivamente me sentía identificada y me gustaba **(Trabajadora Social. IPS Contributiva nivel 2)**

Se observa entonces una cierta distancia en las propuestas de la intervención psicosocial expuesta en el marco teórico, en cuanto debería suponer una acción sobre cada uno de los siguientes elementos:

- creencias acerca de la salud/enfermedad de la familia y del enfermo,
- la historia intergeneracional de afrontamiento de las crisis,
- habilidades de afrontamiento instrumental y afectivo de las demandas de la enfermedad,
- implicaciones de la enfermedad misma y
- relaciones con operadores de los servicios de salud,
- haciendo énfasis en los efectos emocionales de la atención prolongada a las demandas de la enfermedad (Vinaccia & Orozco, 2005).

En este sentido, la intervención puede dejar de existir para convertirse en un acompañamiento y mediación en el proceso en el cual se facilita la construcción de un sistema de significados en relación a la enfermedad permite el mantenimiento a las demandas que hacen los operadores de los servicios de salud respecto al control de la enfermedad, es decir, la reproducción y legitimación de la mirada biomédica²¹.

Esto indica que la relación entre práctica y significados no son procesos mecánicos, sino que están atravesados por relaciones de poder, que legitiman ciertas formas de ver y hacer frente a otras. Eso trae consigo limitaciones para las miradas novedosas o no tradicionales, pero también permite acomodados y reacomodos de esas prácticas, las cuales a su vez pueden generar cambios en determinados campos sociales. De este modo, las profesionales a cargo de la intervención psicosocial sugieren la necesidad de fortalecer los equipos interdisciplinarios y piden mayor reconocimiento de parte del equipo médico a los equipos y procesos psicosociales dentro de los programas.

²¹ De acuerdo con Barroco (2003) es valioso recuperar la intención de generar una articulación del servicios social con otras fuerzas sociales para generar transformaciones en la estructura social, por un nuevo proyecto que garantice la libertad de los individuos sin importar le capital. No obstante, nos encontramos en un desarrollo ambiguo, desde la formación profesional (a lo largo de la carrera) se propende por un Trabajo Social que promueva el cambio social, sin embargo, los profesionales parecen olvidar esto en su práctica acomodándose a las lógicas institucionales.

Muchas veces hay médicos que recuerdan decirle al paciente, como otros que no; y eso es algo que estamos trabajando desde la parte médica, y es más apoyo de los médicos, que ellos sean de pronto más insistentes, mire, hay una clínica, de una u otra manera el paciente es de pronto más conectado con el médico, porque lo ve cada mes (**Psicóloga. IPS Contributiva nivel 2**)

Considero que hay que fortalecerlo y de pronto pensarnos más en el equipo pues como tal y crearnos directrices, como te digo, hay apoyo, pero debería ser mejor, podríamos mejorarlo, igual estamos para mejorar y todos los programas siempre van a tener cosas que mejorar” (**Psicóloga, IPS Subsidiada**)

De este modo, se puede apreciar, las hegemonías, resistencias y cambios que experimentan las dinámicas sociales, entre la reproducción y la producción social: lo que ha sido (patrones, regularidades), lo que pasa en las interacciones (intercambios comunicativos) y lo que puede ser (acuerdos, negociaciones, conflictos). De tal modo que, muchas veces se producen prácticas individualizadas y tal vez invisibles ante los ojos de los programas y las IPS, asumidas por las profesionales psicosociales. Es decir, mientras lo de los médicos es conocido y legitimado, algunas prácticas de los equipos psicosociales son invisibles (institucionalmente) y pueden asumidos por criterio propio (formas de resistencia silenciosas).

Sin embargo, aunque estas condiciones son compartidas por las profesionales del área psicosocial, son apropiados de manera diferenciada de acuerdo con sus personalidades, sus estilos de comportamientos, estudios de especialización y las diversas experiencias con las que se relacionan, entre otras, lo que deriva en que las acciones o prácticas profesionales sean matizadas con un rasgo distintivo (Blúmer, 1982).

- Participación de Trabajo Social

Respecto a la participación del Trabajo Social en los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA, se observa una baja incidencia a pesar de su potencialidad²², en tanto que, de los 6 programas e instituciones revisadas en este estudio, sólo una cuenta con Trabajadora Social y las funciones desempeñadas son realizadas también por otros

²² Según Acosta, et al. (2012), el Trabajo Social comprende e interpreta la realidad de manera integral, a la luz de la complejidad de los cambios y las dinámicas sociales.

profesionales. Es importante resaltar que ni legal ni institucionalmente (en las IPS) se reconoce la definición específica de la intervención del Trabajo Social dentro de este tipo de programas, su inclusión se hace a partir de la necesidad de reconocer factores de riesgo psicosociales asociados al desarrollo de las ECNT y a la resistencia de los pacientes a su tratamiento.

En este sentido, el Trabajo Social entra como parte de un equipo interdisciplinario, conformado desde la IPS sin la definición de un rol específico, sino desde su capacidad de aportar al reconocimiento determinantes sociales y culturales de salud. Dónde, el Trabajador Social se caracterizó por su acción instrumental, principalmente en el desarrollo de las visitas domiciliarias, desde la estrategia de vigilancia, fiscalización y control de la adherencia al tratamiento y el trabajo con la familia, para fortalecer su corresponsabilidad, buscando en ella un respaldo para el monitoreo y control de la conductas de las personas.

No obstante, estas reflexiones son el resultado de una investigación en IPS de Cali, por lo cual, sería necesario generar nuevas investigaciones que aporten a la discusión sobre la participación de los y las Trabajadoras Sociales en el área de salud, desde otros contextos (institucionales) y en otros programas.

CONCLUSIONES

Los programas para la prevención y control de la DM2 y la HTA están organizados desde un paradigma biomédico, clínico y farmacológico, con una fuerte incidencia de una estrategia de mercantilización de servicios de salud, posiblemente influenciada por un enfoque neoliberal propio de las políticas sociales contemporáneas. La influencia de estas perspectivas se ve reflejada en los protocolos y guías técnicas, en los cuales lo psicosocial juega un papel instrumental, por cuanto no tienen una función definida, más allá de promover la adherencia a los tratamientos farmacológicos y la modificación de hábitos de vida. No obstante, su implementación depende de las capacidades de las IPS.

En este sentido, desde la IPS se encuentra la instauración de rutinas establecidas a partir de saberes y roles hegemónicos, centradas en lo biológico-farmacológico con bajo reconocimiento de las dimensiones afectivas, emocionales, familiares y culturales. Que se van legitimando y sosteniendo mediante la disposición de los recursos materiales como la capacidad instalada y el tiempo dispuesto para la intervención psicosocial, y recursos no materiales como el personal, el tiempo de consulta, apoyo del equipo de trabajo, que se constituyen en limitantes para la modificación de la visión hegemónica dentro de los programas. Además, la valoración y atención psicológica y social es posterior a la atención médica y está sujeta al criterio del médico, cuando se evidencian situaciones de inestabilidad emocional o bajo o escaso acompañamiento familiar, pese a que este tipo de atenciones son obligatorias.

A partir de lo anterior, se evidenció que las profesionales han incorporado conocimientos, lenguaje y prácticas propias del paradigma biológico-clínico y médico, a través de la socialización en el campo de la salud, como escenario laboral. Puesto que se encontró que la mayoría de las informantes habían trabajado en programas de salud con anterioridad, e incluso, algunas han permanecido en la misma institución a lo largo de su ejercicio profesional (desde adquirieron su pregrado). Además, en la mayoría de los casos, la preparación para la atención específica de personas con HTA y DM, la han adquirido en actualizaciones, capacitaciones por y para médicos en las IPS donde trabajan.

La incorporación de estos elementos por parte de las profesionales psicosociales, se evidencian en los marcos interpretativos que tiene sobre los sujetos de intervención y las ECNT, donde predominan las miradas que se centran en la enfermedad producida y vivida individualmente, en el cuerpo del sujeto más que sobre sus dimensiones sociales, culturales e históricas. Así mismo, a la hora de visualizar y proyectar metas de su intervención psicosocial, algunas informantes establecen metas cuantitativas en relación a la demanda de los servicios de salud (menos hospitalizados, mayor cumplimiento de citas, reducción - sostenida en el tiempo - de presión arterial y glucometría).

En relación a lo anterior, las profesionales que implementan la intervención psicosocial han construido unos objetivos y estrategias de intervención orientados a promover hábitos de vida considerados saludables a partir de estrategias de formación y sensibilización y a fortalecer la adherencia al tratamiento farmacológico, promoviendo la aceptación de los diagnósticos médicos o una acción de control y vigilancia. La familia o la red de apoyo social y familiar, es considerado para el respaldo de las acciones de control de las conductas de las personas.

Por todo lo anterior, se puede decir que hay una medicalización de los discursos y prácticas de la intervención psicosocial, en tanto toma distancia propuestas de la intervención psicosocial expuesta en el marco teórico (que debía hacer énfasis en los efectos emocionales de la atención prolongada a las demandas de la enfermedad). En este sentido, la intervención puede dejar de existir para convertirse en un acompañamiento y mediación que garantice el mantenimiento a las demandas que hacen los operadores de los servicios de salud. Develando un interés por parte de la IPS de mercantilización del acceso y permanencia del paciente en el programa, el cual le representa ingresos económicos, por lo cual tanto los profesionales psicosociales como lo médicos deben garantizar la adherencia al tratamiento

RECOMENDACIONES

El reto es promover y trascender la reflexión sobre las relaciones de poder centradas en el paradigma biológico-clínico-médico y generar nuevas formas de intervención que realmente incluya factores psicológicos, las trayectorias de vida de los pacientes, sus relaciones sociales y patrones culturales. Reconociendo a los pacientes como sujetos plenos de derechos, activos, protagonistas de su propio proceso terapéutico y evitando las miradas que se centran en lo biológico y en el cuerpo del sujeto más que en su historia o su entorno social.

Por otro lado, este trabajo permite reconocer otros escenarios y modelos de intervención social, como es el caso del auge de intervenciones de tipo psicosocial en el proceso de abordaje de las enfermedades crónicas. No obstante, es necesario generar nuevas discusiones e investigaciones sobre la especificidad de Trabajo Social en el campo de la salud, así como, de la praxis, impactos y resultados de los procesos que adelantan profesionales de trabajo social en los diferentes programas de la salud.

Se requiere una mirada crítica que permita reconocer el carácter político – social que tienen los procesos de enfermedad – tratamiento en el Sistema de Salud Colombiano, como un elemento que participa en el proceso de producción, reproducción y transformación de las relaciones sociales. En este orden de ideas, se debe dar una discusión que supere el paradigma dominante (tanto en las estructuras legales como las institucionales) en los servicios de salud, logrando un mayor reconocimiento del aporte de otras disciplinas como el Trabajo Social y otras miradas diferentes a la médico – clínica, en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Es fundamental desarrollar mayor número de investigaciones en temas de salud donde el trabajador social haga intervención social, con el objetivo de ampliar la mirada hacia otros campos de acción, así como la especificidad que pueda desarrollarse en este. Este proceso se puede consolidar a partir de la vinculación de estudiantes a proceso de investigación formal que facilite incrementar el número de monografía en esta temática.

BIBLIOGRAFÍA

- Abello M. y Gallego J. (2007). Intervención Psicosocial, una aproximación desde el Trabajo Social [tesis pregrado]. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Acosta R., L y García B., A. (2010). Caracterización de los programas para la prevención y control de diabetes Mellitus e hipertensión arterial en el primer nivel de atención en San Luis Potosí (México). *Revista Salud Pública y Nutrición*. Vol. 11 (4). Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/xi/4/ensayos/caracterizacion_de_los_programas.htm [Recuperado 22 de febrero de 2014]
- Alcaldía de Santiago de Cali, Departamento Administrativo de Planeación Municipal. (2014). *Cali en cifras 2013*. Santiago de Cali.
- Armus, Diego. (2007). La Ciudad Impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950. Editorial Edhasa. Buenos Aires.
- Arredondo M, A. et al., (2006). Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. V 11 (3), pp. 43-48. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/473/47312479004.pdf>
- Aya Angarita, S. y Laverde Gallego, D. (2016). Comprensión de perspectivas psicosociales en Colombia. *Diversitas: Perspectivas en psicología*. Vol. 12 (2). Pp. 201-216. Disponible en: <http://revistas.usta.edu.co/index.php/diversitas/article/view/3244/3135>
- Bedoya Sánchez, J., & Mendoza, F. (2012). Lección 3. Información primaria y secundaria. *Seminario de Investigación*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Disponible en: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/109105/seminario%20de%20investigacion%20posgrado/leccin_3__informacin_primaria_y_secundaria.html [Recuperado el 29 de Mayo de 2015]
- Bello, M.N y Chaparro Pacheco, R. (2011). El daño desde el enfoque psicosocial. Universidad Nacional de Colombia. Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convivencia. Bogotá
- Bermúdez Peña, C. (2011). Intervención social desde el Trabajo Social: un campo de fuerzas en pugna. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*. N° 16, pp. 83-101. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad del Valle. Cali.

- Berrios Carrasola, Ximena. (1994). La prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto. *Boletín de la Escuela de Medicina* (23), 53 - 60. Universidad Católica de Chile. Revisado por: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0871.pdf>
- Blanco Toro, E. N., Narvaez Rozo, D. C., Mensoza Lasso, D. F., Carreño Mantilla, S. Y., & Bayona Verjel, K. L. (2011). *Interaccionismo Simbólico*. Facultad de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander.
- Blúmer, H. (1982). La posición metodológica del Interaccionismo Simbólico. (págs. 1 -76). En: Blúmer, H. *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Editorial Hora. Barcelona.
- Bolvín, M., Rosato, A., & Arribas, V. (2004). Anexo del Cap.4. La noción de conciencia práctica y teoría de la estructuración de Giddens. En: Bolvín, M. Rosato, A. & Arribas, V. *Constructores de Otredad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural*. Disponible en: http://antropologiasyc-106.com.ar/constructores/21cap4_anexogui.pdf
- Briceño, L. R. (2003). Endemias, epidemias y modas: la sociología de la salud en América Latina. *Revista Española de Sociología*. N°3. <http://www.fes-sociologia.com/files/res/3/04.pdf>
- BusinessCol. (30 de Abril de 2015). *Diabetes: una de las principales causas de muerte en Colombia*. Recuperado el 05 de Mayo de 2015, de BusinessCol: <http://www.businesscol.com/noticias/fullnews.php?id=28885>
- Carballeda, A. (2007). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas. *Revista CS*. N°1. Pp. 261-272. Disponible en: http://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/409/409
- _____. (2008). *La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social*.
- Carreño, A. A. (1999). La fundamentación del núcleo conceptual de la teoría de la estructuración de Anthony Giddens. Recuperado el 13 de Mayo de 2015, de *Revista Sociológica*: <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/4007.pdf>
- Carvajal Burbano, A. (2010). *Elementos de investigación social aplicada*. Santiago de Cali: Escuela de Trabajo Social de la Universidad del Valle.
- Castiglione, M. S. (2014). Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. *Revista de Direito Sanitário*, 15(2), 66-72. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i2p66-72>
- Castro, R. (2002). I. Estructura y acción en la experiencia de la salud. En R. Castro, *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza* (págs. 23 - 107). Cuernavaca, México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM.

- Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnologías en Salud Pública -CEDETES. (2013). [Documento inédito]. *Caracterización de los programas para la prevención y control de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial en Cali. Propuesta presentada a la convocatoria interna 2-2013*. Cali: Universidad del Valle. Vicerrectoría de Investigaciones.
- Centro universitario de Tonalá - <http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/gerontologia/que-es> [Mayo 13 de 2017]
- Charry, M. (2006). Intervención con familias en situación de enfermedad crónica y enfermedad psicosomática. Documento de Trabajo No. 6. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle, Cali.
- Charry, M. (2012). El cuerpo, entre la salud y la enfermedad: Significados del cuerpo en personas con Diabetes Mellitus en la ciudad de Cali. Trabajo de Grado de la Maestría en Intervención Social. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad del Valle. Cali
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2011). *El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993. (s.f.). *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- Consejo Nacional de Trabajo Social (2014). Trabajo Social en el Sistema de Salud Colombiano, Perfiles y competencias básicas del trabajador social. Bogotá. Documento inédito revisado por:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Social%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Colombiano_Octubre2014.pdf [13-05-2017]
- Coral Ramos, A. (07 de Octubre de 2014). *Actualicese.com*. Recuperado el 28 de Mayo de 2015, de Régimen excepcional o especial de salud: cotizante y beneficiarios con otros ingresos sí deben cotizar: <http://actualicese.com/actualidad/2014/10/07/regimen-excepcional-o-especial-de-salud-cotizante-y-beneficiarios-con-otros-ingresos-si-deben-cotizar/>
- Crawford, R. (1999). Usted es un peligro para su salud: aspectos ideológicos y políticos de la práctica de culpabilizar a la víctima. En: Cuesta Benjumea, C. (Comp.). (1999). *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Cuesta Benjumea, C. (Comp.). (1999). *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Universidad de Antioquia. Medellín.

- D'Ánello K., S; Barreat, Y., Escalante, G., D'Orazio y Benitez, A. et al. (2009). La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. *Revista de la Facultad de medicina, Universidad de los Andes*. Vol. 18 (1). Pág. 33-39. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28405/1/articulo6.pdf>. Recuperado 29 de Mayo de 2015
- Daza, J. D. (2001). Comunidades de sentido, interacciones y movimientos sociales. *Papel político* (13), 7-38.
- Domínguez, C. (2012). Construcción de la Adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*. N° 67. En red. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen67/dominguez.pdf> Revisado el 29 de Mayo de 2015
- Estrada, V. (2004). Salud y planificación social. ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?. Programa Editorial de la Facultad de Humanidades de la Universidad del Valle. Cali
- Estrada, V. (2011). Trabajo social, intervención en lo social y nuevos contextos. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*. N° 16. pp. 21- 53. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad del Valle. Cali
- Ferrer, L., et al. (2006). Intervenciones comunitarias contra enfermedades crónicas no transmisibles en el consejo popular “Dragones”. *Revista Cubana de Salud Pública*. V 32 (3). La Habana. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300009&lng=es&nrm=iso. Accedido en 23 feb. 2016
- Foucault M. (1981). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI. México.
- Giddens, Anthony. (2007). Las nuevas reglas del método sociológico: crítica positiva de las sociologías interpretativa. Amorrotu, Argentina.
- Gomez, S. (2013). Trayectoria de vida, estilos de vida y representaciones de personas diagnosticadas con una Enfermedad crónica no transmisible-ECNT: Diabetes y/o hipertensión en Cali. Trabajo de Grado de la Maestría de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. Universidad del Valle. Cali
- Grassi, Estela. (2007). Problemas de realismo y teorismo en la investigación social y en el Trabajo Social. *Revista Katálysis*, 10 (spe). Pp. 26-36. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000300003>

- Herrera, M. et al. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*. Vol. 12 (3). Pp. 343 -355. Recuperado el 23 de marzo del 2014 de la página web: www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/
- Hoyos E., López R., Castro M. (2010). Caracterización de la intervención de Trabajo Social en salud en el Hospital Universitario del Valle. Trabajo de Grado. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad del Valle. Cali
- Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá -INCAP. (s.f.). Análisis secundario de datos. Recuperado el Junio de 05 de 2015, de Proceso de vigilancia Alimentaria y Nutricional: <http://www.incap.int/sisvan/index.php/es/areas-tematicas/herramientas-operacionales-de-apoyo/analisis-secundario-de-datos>
- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud (2014). *Tercer Informe ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Revisado por: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>. Recuperado el 25 de Mayo de 2015.
- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (09 de Diciembre de 2013). *Boletín N°1. Enfermedad cardiovascular, principal causa de muerte en Colombia*. Recuperado el 30 de Octubre de 2014, de Observatorio Nacional de Salud: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin1.html
- Jova Morel, R., Rodríguez Salvá, A., Díaz Piñera, A., Balcindes Acosta, S; Sosa Lorenzo, I; De Vos, P; Van der Stuyft. (2011). Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y en mundo. *Medisan*, 15(11), pp. 1609-1620. Revisado por: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445235011>
- Laurel, A. C. (1993). La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud. *Saúde e Sociedade*, 2(2), 21-84. Sao Pablo. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v2n2/03.pdf>
- Málaga, Germán. Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud pública*, Lima, v. 31, n. 1, enero 2014. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100001&lng=es&nrm=iso. Accedido el 29 de mayo de 2015
- Margen, periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición N°48. Revisado en: <http://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html>

- Marín Alfonso, Libertad. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud. En: Revista Cubana de Administración de Salud, vol. 29, num. 3, julio-septiembre, 2003, pp.275 – 281. La Habana, Cuba. Revisada por: <http://www.redalyc.org/pdf/214/21429307.pdf> [13-05-2017]
- Martín Moreno, J. M., & Llombart Bosch, A. (2013). *La pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles. Retos de salud pública y nuevos paradigmas en el siglo XXI*. Real Academia De Medicina De La Comunidad Valenciana.
- Martínez Hernáez, A. (2008). Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Anthropos Editorial. España.
- Martuccelli, D. (2006). Lecciones de sociología. Obtenido de Pontificia Universidad Católica del Perú:
http://www.pucp.edu.pe/departamento/ciencias_sociales/images/documentos/lecciones_sociologia.pdf
- Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación y el Aprovechamiento del tiempo libre _ COLDEPORTES. (2011). *Hábitos y Estilo de Vida Saludables. Tomo 2*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Protección Social. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades de interés en salud pública. Tomo II*. Bogotá: : Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Prestación de Servicios*. Recuperado el 20 de Octubre de 2014, de Página web del Ministerio de Salud y Protección Social: <http://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Prestacion-servicios-home.aspx>
- Ministerio de Salud. Resolución 413 de 2000. *Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida incluida y obligatorio cumplimiento y se adoptan normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana*. Bogotá, D.C.
- Ministerios de Protección Social & Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre (COLDEPORTES). (2011). *Hábitos y Estilos de vida saludables. Tomo 2*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Montaño, Carlos. (s.f) La relación teoría - práctica en el servicio social: desafíos para la superación de la fragmentación positivista y post-moderna. En: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-331.pdf>.
- Moreno Durán, A. & Ramírez, J. (2003). Introducción elemental a la obra de Pierre Bourdieu. Panamericana. Bogotá.

- Organización Mundial de la Salud. (Enero de 2015). *Enfermedades no Transmisibles*. Recuperado el 20 de Febrero de 2015, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Orozco Africano, J. (2006). *Caracterización del mercado del asegurameinto en salud para el régimen contributivo en Colombia*. Cartagena: Universidad de Cartagena.
- Penalva, C. (2003). Poscodificación y análisis de datos textuales: análisis cualitativo con Atlas ti. Instituto Universitario de Desarrollo Social y Paz.
- Piñuel Raigada, J. L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3(1), 1 - 42.
- Porta, L., & Silvana, M. (2003). *La investigación cualitativa: el análisis de contenido en la investigación educativa*. Recuperado el 29 de Mayo de 2015, de <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>
- Pozo, C., Alonso, E y Hernández, S. (2007). Capítulo 3.Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. En: Blanco, A., y Rodríguez, J. (Coord.) *Intervención Psicosocial*. Pearson Educación, Madrid.
- Quevedo, E. (1990). El proceso salud-enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. (Documento inédito) Reproducido con fines docentes. Seminario Permanente Salud y administración. Facultad de estudios disciplinarios Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. http://medicina.udea.edu.co/programas/Curriculo_Nuevo/SalySoc/MsaludenfermedadQuevedo.doc
- Real Académica de Medicina. (2012). *Diccionario de términos médicos*. Madrid: Interamericana.
- Ritzer, G. (2013). *Teoría Sociológica Moderna*. México: McGraw-Hill.
- Rodolfo, J. M., & al., e. (2011). Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. *Medisan*, 15(11), 1609-1620.
- Ruiz M., A. (2007). Impacto de las intervenciones psicosociales en las enfermedades crónicas: una mirada crítica a la literatura disponible. *Revista Colombiana de psiquiatría*. Vol. 36 (3). pp. 530-541 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636309> [Revisado el 23 Feb. 2016]
- Saiz G., Jesús & Yela G., Carlos (2016). Cap. 11; El psicólogo social ante los problemas sociales: la intervención psicosocial. En: Carlos Yela García (Coord.), Elena Ayllón Alonso, Nuria Calderón García-Botey, Itziar Fernández Villanueva, Raúl Piñuela Sánchez, Jesús Saiz Galdós. (2016) *Psicología Social de los problemas sociales*. Grupo Editorial 5. Madrid

- Scribano, A., & De Sena, A. (2009). Las segundas partes sí pueden ser mejores: Algunas Reflexiones sobre el uso de datos secundarios en la investigación cualitativa. *Sociologías*, 11(22), 100-118.
- Silva, G. &. (Octubre - Diciembre de 2005). Adherencia al tratamiento e implicaciones de la no adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
- Solarte Pazos, L. (2014). Trifuncionalidad y Estructuración. Un marco de análisis organizacional. *IV Coloquio Internacional de Epistemología y Sociología de las Ciencias de la Administración*. Florianópolis. Brasil. En: <http://coloquioepistemologia.com.br/site/wp-content/uploads/2014/03/RAC103.pdf>
- Suárez Montañez, R. (2001). Salud - enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología. En: Suárez Montañez, R. (Comp.). *Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología*. Universidad de los Andes. Colombia.
- Tamayo y Tamayo, Mario (1999). La interdisciplinariedad. Centro de recursos para la enseñanza y el aprendizaje. ICESI. Cali. Revisado por: https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/5342/1/interdisciplinarieda.pdf
- Trujano RS, Vega CZ, Quiroz C, Vásquez K. (2011). Interacción médico- paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Revista Liberabit*. Vol. 17(2). Pp. 223-30 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200011&lng=es&nrm=iso. Accedido el 06 de mayo de 2015.
- Tuner, B. (1999). Profesiones, conocimiento y poder. En Cuesta. Benjumea. *Salud y Enfermedad, Lecturas básicas en sociología de la medicina* (págs. 187-222). Universidad de Antioquia. Medellín
- Vega, A., & González, E. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista Enfermería Global*. V 8 (2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351/63971> [Accedido en 23 feb. 2016]
- Vélez, O. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas contemporáneas*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Rev. Diversitas: Perspectivas en psicología*. Vol. 1 (2). Pp. 125-137. Universidad Santo Tomás. Bogotá. Revisado por: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf>

Viscarret (2007). Cap.8 Modelos de intervención en Trabajo Social. Revisado por:
<https://juanherrera.files.wordpress.com/2009/09/capitulo-8-modelos-de-intervencion-en-ts.pdf>

ANEXOS

Tabla 20

Terapia no farmacológica. Intervención en factores de riesgo

ESTRATEGIAS	RECOMENDACIONES
Abstenerse de fumar	Abandonar el tabaquismo y permanecer en ambiente libre de exposición ambiental al humo de tabaco
Manejo del estrés	Intervención individualizada; es más efectiva cuando se emplean técnicas de relajación.
Reducción de peso	Mantener un peso deseable (IMC 20 a 25). Reducción de peso ≥ 5 kg si hay sobrepeso u obesidad (para esta última reducir 5 a 10% del peso inicial en un lapso de 4 a 6 meses) Dieta hipocalórica individualizada Perímetro cintura: hombres ≤ 90 cm, mujeres ≤ 80 cm*
Dieta	Dieta saludable: rica en verduras, frutas frescas, productos lácteos bajos en grasa, con cantidad reducida de grasa total, grasa saturada, colesterol y azúcares ***.
Moderación de la ingesta de sodio	Se recomienda un consumo diario total máximo de aproximadamente 6 g de sal (2.4 gr de sodio al día). Restringir la ingesta en individuos considerados sensibles a la sal como los afroamericanos, mayores de 45 años, con alteración de la función renal o diabetes.
Ingesta de potasio	Aumentar 30% el consumo de potasio. Se considera como adecuada una ingesta aproximada de 80 a 100 mmol/día, incrementar consumo de frutas frescas, verduras y leguminosas en pacientes con función renal normal
Reducir la ingesta de grasa total y saturada	Dieta con consumo de grasa total $< 30\%$, < 200 mg de colesterol y $< 7\%$ de grasa saturada
Moderación del consumo de alcohol	Bajo consumo de alcohol. 0 a 2 tragos /día Hombre no más de 14 tragos/semana Mujeres no más de 9 tragos/semana 1 trago (13.6 g) = 12 onzas de cerveza al 5%, 5 onzas de vino al 12%, 1.5 onzas de bebida destilada al 40%**
Actividad física (ejercicio)	Por lo menos cuatro veces en la semana El ejercicio se entiende como un tipo de actividad física que involucra movimiento corporal voluntario, planeado, estructurado y repetitivo, permitiendo mejorar o mantener la aptitud física con objetivos como el incremento del rendimiento físico u optimizar el estado de salud****. Se recomienda, en general, sesiones de 30 a 60 minutos (marcha rápida, trotar, nadar, bailar, montar bicicleta). Caminar para comprar los elementos que necesite, en vez de utilizar el auto; subir y bajar escaleras, en vez de usar ascensor; bajarse del bus una o dos cuadras antes del destino y caminar. Un programa de ejercicio requiere de una valoración inicial y debe ser individualizado.

*IDF 2005. ** CHEP 2005. *** Appel L, Moore T, Obarzanek E, Vollmer W, Svetkey L, Sacks F, Bray G. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. N Engl J Med 1997; 336:1117-24 (43).

**** Alcaldía Mayor de Bogotá. Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte. Guía de activi-

Tabla 3. Comparación de las guías de atención de la HTA y la DM2

Item	Guía 17	Guía 13
Objetivos de la atención	“Detectar oportunamente los casos de diabetes mellitus tipo dos. Brindar el tratamiento oportuno para prevenir o retardar la progresión de las complicaciones agudas o crónicas con el fin de reducir la morbilidad, mortalidad y los costos sociales y económicos	“Detectar la presencia de factores de riesgo prevenibles asociados a la HTA. Detectar en forma temprana la hipertensión arterial sistémica y brindar el tratamiento, de la HTA y los factores de riesgo asociados, para minimizar las complicaciones, las secuelas y la mortalidad” (Ibíd., pág. 165)

	Optimizar las acciones de rehabilitación” (Ibíd., pág. 376)	
Definición y aspectos conceptuales	“Se entiende por DM2 al grupo de enfermedades metabólicas caracterizados por la presencia de hiperglucemia crónica, con alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas; la alteración principal es el déficit de la acción o secreción de la insulina”. Y, como consecuencia se producen otras enfermedades (Ibíd., pág. 376). Hay dos clases de DM, diabetes mellitus es tipo 1 y tipo 2 basada en la etiología; se eliminaron los términos de insulino dependiente y no insulino dependiente. La DM2 clásica presenta resistencia a la insulina”(Ibíd., pág. 376)	“La HTA es un síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, tomada con una técnica adecuada, sino los factores de riesgo cardiovascular modificables o prevenibles y no modificables (...) las medidas para definir la HTA como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg” (Ibíd., pp.165).
Factores de Riesgo	Dentro de las guía se consideran como factores de riesgo a desarrollar la HTA y la DM2 se pueden clasificar en dos: Factores modificables: estilo de vida, hábitos alimenticios y actividad física Factores no modificables: asociados a predisposición genética por herencia o por prevalencia en grupos étnica, sexo y edad.	
Población objeto	“Todo paciente con diagnóstico o sospecha de diabetes mellitus tipo 2, habitante en el territorio colombiano” (Ibíd., pág. 379)	“Todo paciente con diagnóstico o sospecha de hipertensión arterial sistémica, habitante en el territorio colombiano” (Ibíd., pp. 178)
Características de la atención	Diagnóstico: glucometría en ayunas y se diagnostica DM tipo I o tipo II, a partir de una prueba oral de tolerancia a la glucosa (Ibíd.).	Diagnóstico: Se puede realizar a través de: Toma de la presión arterial; Evaluación clínica: se realiza por medio de la historia clínica (síntomas, antecedentes, examen físico, exámenes de laboratorio y otros procedimiento, por parte de médico. Evaluación de laboratorio (Ibíd., p. 181)
	Evaluación inicial: realización de una historia clínica completa (enfermedad actual, síntomas, signos) y la práctica de exámenes de laboratorio dirigido a la detección de las complicaciones crónicas de la diabetes, facilitar el plan terapéutico y establecer el	Evaluación inicial: se realiza por medio de la historia clínica (síntomas, antecedentes, examen físico, exámenes de laboratorio y otros procedimientos. Ésta tiene cuatro objetivos: Evaluar el estilo de vida que pueda afectar el pronóstico y guiar el tratamiento. Identificar otros factores de riesgo cardiovascular para determinar el

	seguimiento (...) demás, se debe iniciar el programa de información, educación, ejercicio físico y enseñanza del auto monitoreo. En el mismo sentido, remitir al especialista, para evaluación oftalmológica, planificación familiar, especialista de pie u otro especialista, si está indicado” (Ibíd., pág. 381).	riesgo cardiovascular global. Identificar causas de hipertensión. Evaluar la presencia o ausencia de lesión de órgano blanco y enfermedad cardiovascular asociada. Hacer seguimiento para verificar si la HTA es persistente (Ibíd.)
	“El tratamiento inicial de todo paciente diabético está dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo que le permita tener los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un buen control metabólico de la enfermedad, dirigido a la prevención de las complicaciones agudas y crónicas dentro de los mejores parámetros de calidad de vida posible. El paciente diabético debe recibir cuidado por un equipo constituido por médico, enfermera, nutricionista y otros profesionales, como psicólogo, que tengan experiencia e interés especial en la diabetes. Además, es esencial que el paciente asuma un papel activo en su cuidado. El plan debe ser acordado entre el paciente, la familia, el médico y los otros miembros del equipo de salud (...) Siempre debe partir de cambios en el estilo de vida (...)” (Ibíd., pág. 385) “La terapia farmacológica debe incluir los antidiabéticos orales (ADO) o insulina para el control de la glucemia, además los fármacos para el control de patologías asociadas como la HTA, enfermedad coronaria, dislipidemia y obesidad” (Ibíd.,	Se diferencia entre tratamiento farmacológico y no farmacológico, “El tratamiento no farmacológico está orientado a brindar educación en estilo de vida y comportamientos saludables e intervenir los factores de riesgo causantes de la HTA y de la enfermedad cardiovascular (...). Una vez establecido el diagnóstico definitivo de HTA, el tratamiento de elección, en primer lugar, es el no farmacológico seguido del farmacológico de acuerdo con el estado de la HTA y con los factores de riesgo asociados (...) Es importante que para efectuar el tratamiento de la HTA se conformen equipos de salud interdisciplinarios (médico, personal de enfermería, nutricionista, sicólogos, etc.), capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y atención oportuna de la HTA (...). Cuando no se logra la modificación de la presión arterial deseada mediante modificación del estilo de vida, debe iniciarse terapia farmacológica (...). El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse solo al control de las cifras de presión arterial, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco y control de los factores de riesgo cardiovascular (Ibíd., pp. 190).

	389).	
--	-------	--

Fuente: Elaboración propia, a partir de las Guías de atención del Ministerio de Salud (2007).