



Facultad de Humanidades
Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano
Programa Académico de Trabajo Social

**DESCUBRIENDO ELEMENTOS PEDAGÓGICOS TRAS LA EXPERIENCIA DE
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DESARROLLADA CON PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE DIABETES E HIPERTENSIÓN CONSULTANTES DE LOS
SERVICIOS DEL HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER DE
SANTANDER DE QUILICHAO, EN EL MARCO DE LA PRÁCTICA ACADÉMICA DE
TRABAJO SOCIAL LLEVADA A CABO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE
AGOSTO DE 2012 Y JUNIO DE 2013**

Jackeline Ariza Muñoz

Santander de Quilichao, Mayo de 2014



Universidad
Del Valle

Facultad de Humanidades
Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano
Programa Académico de Trabajo Social

**DESCUBRIENDO ELEMENTOS PEDAGÓGICOS TRAS LA EXPERIENCIA DE
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DESARROLLADA CON PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE DIABETES E HIPERTENSIÓN CONSULTANTES DE LOS
SERVICIOS DEL HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER DE
SANTANDER DE QUILICHAO, EN EL MARCO DE LA PRÁCTICA ACADÉMICA DE
TRABAJO SOCIAL LLEVADA A CABO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE
AGOSTO DE 2012 Y JUNIO DE 2013**

Sistematización de la experiencia
Trabajo de grado de para optar por el título de Trabajadora Social

Directora de Trabajo de grado
Maritza Valderrama Urrea

Santander de Quilichao, Mayo de 2014

Dedicatoria.

A mis padres por su amor incondicional, a mi abuela que desde el cielo cuida de mí y a todas aquellas personas que de un modo u otro aportaron a mi vida y me alentaron para llegar hasta este punto.

Índice

	Pág.
Introducción	8
Capítulo I: La práctica académica de Trabajo Social.....	11
1.1 La práctica académica.....	12
1.2 Tres aspectos de la práctica académica.....	12
1.3 Momentos de la práctica académica.....	13
Capítulo II: Sistematizando la práctica académica.....	17
2.1 El punto de partida.....	19
2.2 Las preguntas iniciales.....	19
2.2.1 El objeto a sistematizar.....	19
2.2.2 Ejes de la sistematización.....	20
2.2.3 Objetivo de la sistematización.....	21
2.2.4 Instrumentos para la recuperación de la información.....	22
2.3 Recuperación del proceso vivido.....	24
2.3.1 La caracterización institucional.....	24
2.3.2 El diagnóstico social.....	26
2.3.3 El proceso de intervención.....	43
Capítulo III: La pedagogía en el proceso de intervención de Trabajo Social.....	60
3.1 La cuestión metodológica.....	61
3.1.1 El modelo clínico tradicional de educación en salud.....	62
3.1.2 Elementos metodológicos del proceso de intervención psicosocial de Trabajo Social con los pacientes diabéticos e hipertensos.....	68
3.2 La relación educador Trabajador Social- paciente (Educador- educando).....	79
Capítulo IV: El proceso de intervención desde la voz de los actores.....	84
Capítulo V: Aprendiendo a sistematizar sistematizando.....	93

Aprendizajes.....	97
Bibliografía.....	101
ANEXOS.....	104

Listado de cuadros

Pág.

Cuadro 1. Modelo de sistematización de experiencias desarrollado en cinco tiempos	18
Cuadro 2. Instrumentos para la recuperación de información.....	22
Cuadro 3. Actividades realizadas con el grupo de pacientes con diagnóstico de diabetes.....	45
Cuadro 4. Actividades realizadas con el grupo de pacientes con diagnóstico de hipertensión.....	53
Cuadro 5. La cuestión metodológica desde el modelo clínico y el modelo desarrollado en la propuesta de intervención de Trabajo Social.....	78

Listado de anexos

Anexo 1. Formato de evaluación escrito

Anexo 2. Modelo planeación taller reflexivo de Guillermo Gutiérrez

Anexo 3. Volantes entregados durante la primera convocatoria a pacientes diabéticos e hipertensos

Anexo 4. Lectura “Los diez mandamientos para vivir”

Anexo 5. Collages elaborados durante la actividad “Representando mi vida a partir de la diabetes

Anexo 6. Casos usados para la reflexión en la actividad “¿Usted qué haría?” con los pacientes diabéticos

Anexo 7. Preguntas realizadas durante la evaluación intermedia

Anexo 8. Modelo del documento terapéutico entregado durante la sesión de cierre

Anexo 9. Figura humana usada en la actividad aprendiendo a controlar la ira y prevenir el infarto

Anexo 10. Casos usados para reflexionar en la actividad “¿Usted qué haría?” con los pacientes hipertensos

Anexo 11. Dibujo realizado por paciente hipertenso en la colcha de retazos que representa a la tallerista con más “poder”

Anexo 12. Invitaciones entregadas a los pacientes con diagnóstico de hipertensión convocando a la actividad de la colcha de retazos

Anexo 13. Folleto para la comunicación de la experiencia de intervención psicosocial

Introducción

Teniendo en cuenta que la sistematización es un proceso teórico y metodológico que a partir de la recuperación e interpretación de la experiencia pretende construir conocimiento y orientar las prácticas sociales para su mejoramiento, el siguiente trabajo representa la sistematización del proceso de intervención psicosocial llevado a cabo con pacientes diabéticos e hipertensos que consultaban los servicios del Hospital Francisco de Paula Santander, el cual tuvo como objetivo fortalecer su adherencia al tratamiento.

Aquel proceso de intervención fue realizado en el marco de la práctica académica de Trabajo Social en el periodo comprendido entre Agosto de 2012 y Junio de 2013, teniendo lugar en el Hospital Francisco de Paula Santander, una empresa Social del Estado que presta servicios de salud de mediana complejidad a la población de Santander de Quilichao y demás municipios del Norte del Cauca.

El Trabajo Social dentro de esta institución de salud se inscribe dentro del proceso de prestación de servicios y apoyo terapéutico, desempeñando funciones como la canalización de redes de apoyo institucionales y familiares, la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud, intervención en crisis en búsqueda del restablecimiento del control emocional de la persona, restablecimiento de las relaciones entre paciente-acompañante-institución y evaluación de la satisfacción de los usuarios respecto a los servicios prestados por la institución.

Considerando que el proceso de práctica académica de Trabajo Social de la Universidad del Valle fue llevado a cabo en este campo, se desplegaron acciones de reconocimiento y diagnóstico social, que permitieron posteriormente desarrollar una propuesta de intervención psicosocial que tenía como objetivo general el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento a través del apoyo psicosocial brindado a la población diabética e hipertensa, y como objetivos específicos, brindar herramientas de manejo y apoyo emocional a dichos pacientes; promover una red de apoyo social para que las

personas que presentaban una misma condición diagnóstica compartieran sus experiencias y crearan vínculos y proporcionar una oportunidad de reflexión para comprender la enfermedad y enfrentarla positivamente.

Teniendo en cuenta lo anterior, este trabajo se divide en cinco capítulos a través de los que se reconstruye el proceso de intervención que se llevó a cabo con los pacientes diabéticos e hipertensos en el marco de la práctica académica, emprendiendo simultáneamente un ejercicio reflexivo que hace visibles tensiones, aciertos, dificultades y aspectos para mejorar.

En el primer capítulo se retoma la práctica académica de Trabajo Social, explicando detalladamente qué es y cuáles son sus principales elementos y momentos. Posteriormente se abordan aspectos de la sistematización de la práctica académica, dejando claro qué es lo que se entiende por sistematización y por qué ésta es importante para el Trabajo Social, de igual modo se presenta el modelo de sistematización de Oscar Jara que sirvió de guía para la realización de este trabajo.

En el capítulo dos, siguiendo los pasos mencionados en la propuesta de sistematización de Jara, se define el objeto a sistematizar, los ejes y objetivos, profundizando posteriormente en la reconstrucción del proceso vivido, en el que se incluyen aspectos trascendentales de la práctica académica como la caracterización institucional y el diagnóstico social, seguido de la reconstrucción del proceso de intervención que fue realizado, tomando a la vez elementos de la propuesta metodológica para la sistematización de experiencias de María de la Luz Morgan, que aportaron a la organización y análisis de la información a través de un cuadro en el que se registran todas las actividades realizadas, haciendo énfasis en la metodología, los resultados y algunas observaciones e interrogantes surgidos después de la aplicación de los talleres.

A partir del capítulo tres se inicia el proceso reflexivo que implica la sistematización de experiencias, basándose para ello en los elementos pedagógicos que subyacen a la misma, entre ellos el paradigma que sustentó la intervención, la concepción de sujeto que en ella se manejó, los elementos ético-políticos, la metodología implementada, los

contenidos abordados y la relación educador-educando, permitiendo a partir de la interpretación de cada uno de estos puntos hacer un paralelo entre el modelo clínico tradicional y el modelo alternativo que se usó desde el Trabajo Social para tratar la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión.

En el capítulo cuatro se reconstruye el proceso de intervención desde la voz de los actores, que incluye las percepciones de los pacientes, la profesional de campo y la estudiante, permitiendo conocer los aspectos más significativos de cada uno de ellos y revivir la experiencia desde su punto de vista.

En el capítulo seis denominado aprendiendo a sistematizar sistematizando, la estudiante hace un recuento de qué significó para ella el proceso de sistematización de la experiencia, mencionado las dificultades, los obstáculos, tensiones y puntos a favor que surgieron a lo largo de esta vivencia.

Finalmente se presentan los aprendizajes que emergieron en el desarrollo de la experiencia de intervención sistematizada, esperando por supuesto que dichas reflexiones logren aportar a los procesos académicos de Trabajo Social y las personas, profesionales e instituciones que les interese abordar el tema de adherencia al tratamiento desde un modelo alternativo y participativo.

CAPITULO I

LA PRÁCTICA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL

El proceso de práctica académica no debería pasar desapercibido, ni limitarse a ser visibilizado sólo en la institución en la que tuvo lugar o por los actores que participaron del proceso, sino que debería ser pensado más allá, contemplando la posibilidad de que la práctica académica pueda ser conocida por otros sujetos sociales y aportar a otras experiencias a partir del conocimiento que se generó de la realidad particular en la que se intervino, siendo allí donde aparece la sistematización de experiencias, como una herramienta que permite reconstruir y reflexionar los procesos de intervención, para ordenar el conocimiento, aprender y mejorar.

Es primordial establecer aquí que cuando se habla de sistematización se trasciende la idea de “organización de información”, pues tratando de ir más allá de esta concepción, la sistematización de experiencias se concibe como un proceso complejo, integral y reflexivo que involucra a varios actores, presentes en un contexto y un momento determinado, para comprender a profundidad las prácticas que se realizan con el fin de mejorarlas y aportar a la reflexión teórica con los conocimientos surgidos de las prácticas sociales determinadas.

Para el Trabajo Social la sistematización de experiencias resulta de gran importancia, pues como indica Sandoval Ávila (2005:115), permite a los profesionales *“recuperar de manera ordenada lo que ya saben sobre las mismas, descubrir lo que aún no saben de ellas y revelar lo que “aún no sabían que ya sabían”*; sumado a ello, la sistematización como modalidad investigativa alternativa permite escudriñar diferentes aspectos de los procesos de intervención para interpretar las acciones que ahí fueron desarrolladas, en busca de transformar una realidad o ayudar a otros a comprender cierta situación y compartir formas de acción.

Las prácticas académicas y los procesos de intervención que se desarrollan en este marco no son perfectos o ideales, por el contrario, están llenos de desaciertos, tensiones y logros que hacen aún más rico el proceso reflexivo, brindando al estudiante

elementos que le ayudan a mejorar como persona y como profesional, además otorga nuevas formas de comprender la realidad social.

1.1 La práctica académica

La práctica académica de Trabajo Social que, como experiencia de intervención psicosocial desarrollada con pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión dio lugar a la presente sistematización, se desarrolló en el Hospital Francisco de Paula Santander mediante un convenio celebrado entre la Universidad del Valle Sede Norte del Cauca y esta institución, entablando una relación de corresponsabilidad que promovió el intercambio de experiencias y generó un ambiente de aprendizaje que facilitó la comprensión y el tratamiento de una problemática o situación específica.

La práctica académica es un proceso formativo que se encuentra como una asignatura en el currículo del programa académico, que involucra al estudiante en procesos de enseñanza-aprendizaje, de teoría-práctica e investigación- intervención, en donde se ponen en juego los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera y se fortalece el proceso de construcción de identidad profesional.

Durante siete semestres se prepara al estudiante para este momento, brindándole fundamentos teóricos y metodológicos que podrá aplicar en una realidad particular, a pesar de ello, la realidad desborda la teoría por su complejidad y dinamismo, obligando al estudiante a desarrollar capacidades que le permitan adaptarse a las nuevas situaciones que se le presentan, conjugando por ende los conocimientos obtenidos en su proceso universitario y sus experiencias de vida en general.

1.2 Tres aspectos de la práctica académica

Como un escenario formativo la práctica académica está atravesada por tres aspectos que interactúan en este proceso, ellos son el conocimiento en la acción, la reflexión en

la acción y la reflexión sobre la reflexión en la acción (Galeano citando a Schön, 2011: 7)

El conocimiento en la acción tiene que ver con el acercamiento a las realidades particulares que permiten conocer la lógica del contexto específico. Aquella lectura que el estudiante hace de la realidad está cargada de su propia historia y de sus concepciones de mundo, que deberá contrastar con la teoría como un recurso para iluminar dicha realidad. Debemos recordar que la Universidad prepara al estudiante para este momento a lo largo de siete semestres, pero una vez se vive la experiencia, por más preparado que se está, es inevitable sentir ansiedad y tener un montón de expectativas, que con el tiempo se disipan o aumentan.

El segundo aspecto es la reflexión en la acción que hace referencia a la posibilidad de darle sentido al hacer, configurando la intervención en cuanto al qué, al cómo y al para qué. La reflexión en la acción permite que el estudiante planee la intervención con las herramientas y la fundamentación que le fueron otorgadas a lo largo de la carrera, acciones pensadas con base en las necesidades y la especificidad del contexto donde se encuentra inmerso, construyendo sentido por medio de la reflexión.

El tercer aspecto es la reflexión sobre la reflexión en la acción, que tiene que ver con la reconstrucción del proceso de la acción y la reflexión en la acción para construir saberes que se puedan transmitir. Aquí aparece la sistematización de experiencias como un elemento de descripción, comprensión, crítica y autocrítica, convirtiéndose en un aspecto fundamental para la práctica académica y el Trabajo Social dado que visibiliza procesos y permite dejar un legado.

1.3 Momentos de la práctica académica

En la práctica académica el estudiante debe hacer el ejercicio de fundamentar epistemológica, teórica y metodológicamente el proceso de intervención, utilizando para ello el acervo construido en la formación y el que le ofrece el currículo, los aprendizajes y los procesos de acompañamiento desde la supervisión como asunto de reflexión, así

como lo que ofrece la realidad particular en cada contexto institucional. (Galeano y otros; 2011:12)

La intervención social enmarcada en la práctica académica se concreta en cuatro momentos:

- Acercamiento y reconocimiento social e institucional
- Configuración del campo problemático
- Planeación y ejecución del proyecto social
- Evaluación y seguimiento del proceso de intervención (Galeano citando a Salor y Rozas; 2011: 14)

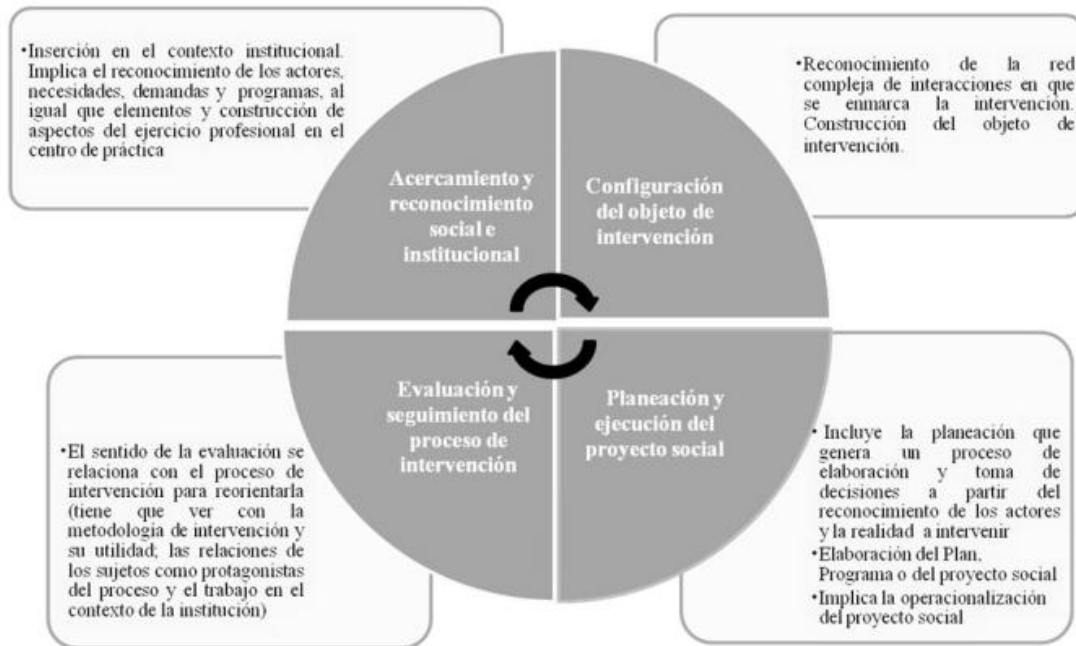


Figura 1. Momentos de la práctica académica

Fuente: Artículo "Reflexiones y retos de la práctica académica de Trabajo Social"

Consecuente con dichas etapas el proceso de práctica académica que tuvo lugar en el Hospital Francisco de Paula Santander inició en el mes de Agosto del año 2012 y culminó en Junio de 2013 y, teniendo en cuenta cada uno de estos momentos se reconoce que la labor de acercamiento y reconocimiento institucional fue fundamental para ubicar a la estudiante respecto al lugar donde se encontraba, el apoyo y los

recursos con los que contaba, además le permitió conocer la normatividad y la dinámica en la que estaba inmersa para generar una perspectiva amplia sobre lo que podía hacer y la postura que debía asumir a lo largo del proceso. Con base en ello se realizó una caracterización institucional que permitió identificar atributos particulares del Centro de práctica.

Posteriormente se construyó el diagnóstico social, a partir del que se identificó el objeto o problemática a intervenir, en este caso la falta de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos, dado que esta era la causa que registraba las cifras más altas de consulta en la especialidad de medicina interna. De ahí en adelante a partir de los hallazgos encontrados en el diagnóstico se construyó la propuesta de intervención que fue ejecutada con los pacientes que consultaban los servicios de la institución, planteando como objetivo principal el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento a partir del trabajo en grupo y la generación de espacios que le permitieran al paciente compartir experiencias que le ayudaran a comprender el diagnóstico y consolidar una actitud positiva frente al mismo.

En cuanto a la evaluación, ésta fue realizada transversalmente al proceso de intervención y se llevó a cabo con los actores de la experiencia, desde la academia a través del acompañamiento constante en los espacios de supervisión y desde la institución por medio de la profesional de campo.

La supervisión es el escenario donde se promueven interrogantes, preguntas, inquietudes, ideas de la práctica, permite una reflexión a posteriori fundamentada en la acción cotidiana que puede dialogar con una reflexión que orienta nuevas posibilidades (Carballeda citado por Galeano, 2011). Desde la supervisión se planeaban las intervenciones y posteriormente se realizaban reflexiones relacionadas principalmente con la metodología de intervención implementada, su pertinencia, la respuesta de la población sujeto de intervención a ella, los aciertos y desaciertos, elementos teóricos y el desempeño profesional de la estudiante en formación.

Por otra parte, el profesional de campo que es preferiblemente un Trabajador Social en ejercicio, orienta al estudiante desde el centro de práctica para la realización de su

proyecto social. En el Hospital que fue el lugar donde se llevó a cabo la práctica académica se contaba con esta figura, que en ocasiones retroalimentaba las acciones llevadas a cabo por la estudiante.

Por último, los pacientes con los que se llevó a cabo la intervención también participaron permanentemente del proceso de evaluación, que se realizaba de manera oral y en algunas oportunidades escrita (Anexo 1). Al final de cada sesión grupal se les preguntaba qué habían aprendido y qué les había parecido la actividad, dando la oportunidad a cada uno de expresar lo que pensaba y sentía respecto a la dinámica realizada, además de sugerir temas u otras actividades para las próximas sesiones. La evaluación permitió entonces conocer la perspectiva de los miembros del grupo respecto al trabajo que se estaba realizando, además escuchar sugerencias e introducir cambios en la forma como se estaba llevando a cabo el proceso.

CAPÍTULO II

SISTEMATIZANDO LA PRÁCTICA ACADÉMICA

Sandoval Ávila (2005: 116) define la sistematización como una interpretación crítica de la práctica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo, posibilitando entender la lógica de las relaciones y las contradicciones entre los distintos elementos.

A pesar de las múltiples críticas que la sistematización de experiencias ha tenido en cuanto a su aspecto de producción de conocimiento ya sea porque estos son “específicos” u “operativos”, es importante reconocer que desde el Trabajo Social se considera que la relación teoría-práctica es complementaria, que existen formas distintas de conocimiento, que sigue siendo fundamental usar el conocimiento científico acumulado para respaldar la acción y que no necesariamente de toda actividad profesional debe surgir un conocimiento totalmente nuevo.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde la práctica académica puede ocurrir que se dé la producción de nuevo conocimiento, sin mencionar que de hecho durante toda la experiencia estamos produciéndolo, no necesariamente de tipo científico y teorías generales, pero sí un conocimiento que nos permite comprender la pequeña porción de realidad en la que el estudiante se encuentra inmerso, elaboración que se concreta con la sistematización que brinda elementos que trabajados a la luz de categorías más generales, pueden llegar a incorporarse al discurso teórico y enriquecerlo.

Sin más preámbulo, en las próximas páginas se presentarán los resultados del proceso de sistematización de la práctica académica que tuvo lugar en el hospital Francisco de Paula Santander en torno a la intervención psicosocial llevada a cabo con pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión en busca del fortalecimiento de su adherencia al tratamiento.

Es importante recalcar que para sistematizar no existe un modelo único o una receta que nos indique cómo hacerlo, lo que sí es importante considerar según Jara (citado por Carvajal; 2004: 43) es que

“la sistematización es un proceso de aprendizaje dialéctico partiendo de una práctica que se vive o ha sido vivida, que se reconstruye y analiza de tal manera que las lecciones que se puedan sacar de ella permitan regresar a una nueva práctica mejorada”

El proceso de sistematización se direccionó de acuerdo con la propuesta metodológica de Oscar Jara (2006), desarrollada en cinco tiempos:

Cuadro 1. Modelo de sistematización de experiencias desarrollado en cinco tiempos

A. El punto de partida: a1. Haber participado en la experiencia a2. Tener registros de las experiencias
B. Las preguntas iniciales: b1. ¿Para qué queremos hacer esta sistematización? (<i>Definir</i> el objetivo) b2. ¿Qué experiencia(s) queremos sistematizar? (<i>Delimitar</i> el objeto a sistematizar) b3. ¿Qué aspectos centrales de esas experiencias nos interesa sistematizar? (<i>Precisar</i> un eje de sistematización) b.4 ¿Qué fuentes de información vamos a utilizar? b.5 ¿Qué procedimientos vamos a seguir?
C. Recuperación del proceso vivido: c1. Reconstruir la historia c2. Ordenar y clasificar la información
D. La reflexión de fondo: ¿por qué pasó lo que pasó? d1. Analizar y sintetizar. d.2 Hacer una interpretación crítica del proceso

E. Los puntos de llegada:

e1. Formular conclusiones

e2. Comunicar los aprendizajes

Fuente: Para Sistematizar Experiencias, Una propuesta Teórica y Práctica

2.1 El punto de partida

Para sistematizar una experiencia es indispensable haber participado en ella; dado el caso, la estudiante de Trabajo Social tuvo la oportunidad de vivenciar la experiencia del proceso de intervención psicosocial que se llevó a cabo con pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión, desarrollado en el Hospital Francisco de Paula Santander en el marco de la práctica académica.

La sistematización se puede realizar durante el curso de la experiencia o cuando termine la misma; teniendo en cuenta que el proceso de intervención ya culminó, la sistematización de la experiencia se realizó retrospectivamente, usando registros como apuntes, fichas, informes, actas, así como entrevistas y técnicas interactivas con los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión, para reconstruir el proceso y reflexionar sobre el mismo.

2.2 Las preguntas iniciales**2.2.1 El objeto a sistematizar**

Como se mencionó líneas arriba el contexto de la experiencia fue el Hospital Francisco de Paula Santander, una institución de salud de mediana complejidad que presta servicios de urgencias, hospitalización, quirúrgicos, de consulta especializada, apoyo terapéutico y diagnóstico a los habitantes de Santander de Quilichao y otros municipios del Norte del Cauca.

En aras de los procesos de prevención y promoción de salud que se adelantan en las instituciones de salud de nivel I y II y en vista que según información obtenida del perfil epidemiológico de la institución, la hipertensión y la diabetes, enfermedades crónicas y de interés de salud pública, eran la primera y segunda causa de mayor consulta en la

especialidad de Medicina Interna, se llevó a cabo un proceso de diagnóstico social con esta población, que reveló una serie de elementos a partir de los que se elaboró una propuesta de intervención psicosocial que pretendía fortalecer la adherencia al tratamiento de los pacientes, a partir del uso de metodologías alternativas al modelo clínico tradicional.

Dado lo anterior, lo que aquí se pretende sistematizar es el proceso de intervención psicosocial que fue llevado a cabo con los pacientes diabéticos e hipertensos consultantes de los servicios del Hospital Francisco de Paula Santander, en el marco de la práctica académica que fue desarrollada en el periodo de Agosto de 2012 a Junio de 2013.

Se considera entonces importante sistematizar esta experiencia, porque permite reflexionar sobre los planteamientos teóricos y metodológicos que soportaron la propuesta, por otra parte evidenciar una alternativa a los modelos tradicionales de intervención que se han venido llevando a cabo en estas instituciones respecto a la prevención y promoción de la salud y por último, permite dejar un legado al hospital y otros actores sociales interesados en conocer las prácticas de Trabajo Social en las instituciones de salud.

2.2.2 Ejes de la sistematización

Eje principal: Reflexión sobre los elementos pedagógicos que subyacen al proceso de intervención psicosocial para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión, llevado a cabo en el Hospital Francisco de Paula Santander en el marco de la práctica académica de Trabajo Social que tuvo lugar entre agosto de 2012 y Junio de 2013.

Ejes de apoyo:

- **La cuestión metodológica:** incluye la cuestión ético-política, concepción de sujeto, paradigma que sustenta la intervención, métodos y técnicas implementadas y los contenidos abordados.

- **La relación Trabajador Social-Paciente (educador- educando):** En pedagogía es llamado la relación educador-educando en donde se presentaban procesos de aprendizaje en ambos sentidos, también se tiene en cuenta el rol de la tallerista, la percepción¹ que de la estudiante tienen los pacientes, tensión objetividad-subjetividad y evolución de la relación.
- **El proceso de intervención desde la voz de los actores:** Representaciones² de los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión, el equipo profesional del hospital y la estudiante de Trabajo Social que permiten el reconocimiento y exteriorización de sus sensaciones, experiencias, sentimientos, intenciones y expectativas frente a la experiencia de intervención.
- **Aprendiendo a sistematizar sistematizando:** Reflexión sobre cómo la estudiante vivió el proceso de sistematización, tensiones, dificultades, puntos a favor.

2.2.3 Objetivo de la sistematización

Reflexionar sobre los elementos pedagógicos que subyacen a la experiencia del proceso de intervención psicosocial para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión, llevado a cabo en el Hospital Francisco de Paula Santander en el marco de la práctica académica de Trabajo Social realizada entre agosto de 2012 y Junio de 2013.

¹ La percepción es un juicio elemental que sobre las personas o situaciones específicas se elabora, son juicios que se establecen tras un primer contacto y guían la interacción de la persona con su entorno (Rodríguez, 2009). Relacionado al proceso de sistematización, la percepción se asume como lo que las personas –piensan, sienten y hacen- respecto a la experiencia vivida y los actores que hicieron parte de la misma.

²El concepto de representación tiene múltiples definiciones, se asume aquí como pensamiento constituido (productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta la realidad) y pensamiento constituyente (interviene al mismo tiempo en la construcción de la realidad). Las representaciones no sólo reflejan la realidad sino que intervienen en su elaboración (Ibañez, 1994). En este trabajo, las representaciones hacen parte del pensamiento constituido y constituyente que los actores de la experiencia (pacientes, profesionales de la institución y la estudiante) tienen respecto al proceso de intervención que se llevó a cabo.

2.2.4 Instrumentos para la recuperación de información

Cuadro.2 Instrumentos para la recuperación de información

Ejes	Categorías de análisis	Fuentes de información	Instrumentos de recuperación de información
La cuestión metodológica	-Lo ético-político. -La concepción de sujeto. -Paradigma que sustenta la intervención. -Métodos y técnicas implementados. -Contenidos abordados -Formas de evaluación	Actas de supervisión, informes de actividades semanales, fichas técnicas, fichas bibliográficas.	Análisis documental
Relación Trabajador Social-Paciente	-Percepción que tiene el paciente respecto a la profesional -Percepción de la profesional sobre los pacientes.	Actas de supervisión, informes de actividades semanales, fichas técnicas, pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión.	-Análisis documental -Entrevistas semi-estructuradas -Colcha de retazos -Reflexión personal
El proceso de intervención desde la voz de los actores	-Perspectiva de los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión, el equipo profesional del hospital y la estudiante de Trabajo Social	Actores de la experiencia	-Entrevista semi-estructurada. -Colcha de retazos
Aprendiendo a	-Viviendo el	Estudiante de	Reflexión individual

sistematizar sistematizando	proceso de sistematización. -Tensiones. -Dificultades. -Puntos a favor	Trabajo Social	
--------------------------------	--	----------------	--

2.2.4.1 Descripción de las técnicas para la recuperación del proceso

El **Análisis documental** es un proceso que se lleva a cabo para capturar información valiosa abstraída de documentos de diversa naturaleza, personales, institucionales, grupales, formales o informales (Sandoval, 2002: 137), en consecuencia, el análisis documental se llevó a cabo de forma constante durante el proceso de sistematización en vista que la estudiante se remitió a los documentos consultados y contruidos en el transcurso de la práctica académica que le permitían dar cuenta de diferentes aspectos que aportaban a la recuperación y reflexión sobre la experiencia, teniendo en cuenta los ejes delimitados para la investigación.

La **entrevista semi-estructurada** es un proceso de comunicación que se realiza por lo general entre dos personas, es un diálogo orientado por unos objetivos y que tiene implícita una intencionalidad. La entrevista de tipo semi-estructurada es entonces un diálogo orientado por preguntas abiertas y flexibles que brinda al entrevistador mayor libertad al preguntar. Teniendo en cuenta esto, se realizaron 5 entrevistas semi-estructuradas a los actores involucrados en el proceso de intervención que se llevó a cabo en el hospital, 2 de ellos eran pacientes con diagnóstico de diabetes, 2 con diagnóstico de hipertensión y la profesional de campo de la institución.

La **colcha de retazos** es una técnica interactiva que busca descubrir representaciones de los sujetos en las que ellos reconozcan y exterioricen sus sensaciones, experiencias, sentimientos, intenciones y expectativas frente a su vida cotidiana, de modo que se manifiesten los aspectos más significativos para las personas (García y otros, 2002; 91). Esta técnica interactiva fue realizada con el grupo de pacientes diabéticos en primera medida y posteriormente con el grupo de pacientes hipertensos, a quienes se

pidió que dibujaran lo que pensaban y sentían respecto al grupo, las actividades y la tallerista, permitiendo conocer su percepción respecto a dichos aspectos del proceso de intervención.

La **reflexión individual o personal** por último permite considerar detenidamente aspectos de la vida o alguna situación específica. Para efectos de esta sistematización la reflexión individual fue un elemento indispensable, dado que permitió que la estudiante describiera, analizara y valorara su experiencia de interacción con la población, permitiendo al mismo tiempo identificar con claridad aquellas experiencias que resultaron más relevantes a nivel personal como profesional.

2.3 Recuperación del proceso vivido

La recuperación del proceso vivido incluye dos momentos que pueden ser desarrollados por separado o simultáneamente, estos son la reconstrucción de la historia y el ordenamiento y clasificación de la información, etapas en las que se trata de ordenar lo que sucedió en la experiencia tal cual ocurrió, de acuerdo al periodo delimitado.

A continuación se presentará la información correspondiente al proceso de práctica académica que se inició en agosto de 2012 y culminó en junio de 2013, recurriendo para ello al análisis documental de los informes semanales, actas de supervisión, fichas técnicas y demás observaciones que brindaron los insumos para recuperar la experiencia detalladamente y de forma ordenada.

2.3.1 La caracterización institucional

La práctica académica de Trabajo Social se realizó en el Hospital Francisco de Paula Santander y durante esta fase de acercamiento institucional se conoció que dicha institución, ubicada en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca, es una Empresa Social del Estado (E.S.E) que según lo indica la ley 100 de 1993 presta servicios de

salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales; de carácter público y descentralizado, contando para ello con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa

El hospital presta servicios de salud de mediana complejidad a la población de Santander de Quilichao y demás municipios aledaños ubicados en la región del Norte del Cauca, entre ellos Caloto, Corinto, Miranda, Toribio, Padilla, Guachené, Puerto Tejada, Villa Rica, Suárez, Buenos Aires, Caldonó, Timbiquí y Guapi.

Para brindar una atención de salud con calidad, la institución funciona de manera organizada a partir de la subdivisión en procesos, entre ellos los de dirección dentro del que se encuentra la gestión gerencial, la planeación y vigilancia de los procesos de apoyo y administración, la planeación, control y vigilancia de la prestación del servicio y la gestión de calidad. En cuanto al proceso de prestación de servicios, tiene como puerta de entrada el sistema de información y atención al usuario, que abre las puertas a otros servicios como la atención de urgencias, hospitalización, atención quirúrgica, atención ambulatoria, apoyo diagnóstico y apoyo terapéutico; en los procesos de apoyo seguidamente se encuentra la gestión de sistemas de información, gestión financiera, contratación, compras y suministros, gestión de apoyo logístico y gestión del talento humano y por último se encuentran los procesos de evaluación que son transversales a todos los demás procesos, siendo parte de éste el control interno, la auditoría médica y la vigilancia epidemiológica.

El Trabajo Social se inscribe dentro del proceso de prestación de servicios y apoyo terapéutico, creado como cargo en el año de 1996 con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios a través de un proceso de atención con calidad, para dar prevalencia a sus derechos y fortalecer los procesos de gestión para la población más vulnerable de la región. Desde su creación la profesional que se ha desempeñado como tal ha sido la doctora María Cecilia Trujillo Sandoval, quien desempeña funciones entre las que cuentan la canalización de redes de apoyo institucionales y familiares, la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud, intervención en crisis en búsqueda del restablecimiento del control emocional de la persona, restablecimiento de las relaciones

entre paciente-acompañante-institución y evaluación de la satisfacción de los usuarios respecto a los servicios prestados por la institución.

2.3.2 El diagnóstico social

Durante la etapa de acercamiento institucional la estudiante pudo evidenciar que en el Hospital Francisco de Paula Santander se presentaban diversas problemáticas o situaciones sin resolver, una de ellas, la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos e hipertensos, que se veía reflejada en la gran cantidad de pacientes que llegaban a los servicios de urgencias y consulta externa del Hospital a causa del tratamiento inadecuado de sus diagnósticos; además, la consulta del perfil epidemiológico de la institución elaborado en el año 2011 mostraba que en la especialidad de Medicina Interna la diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación era la segunda causa de mayor consulta con un 5.8%, antecedido por la hipertensión esencial primaria representada en 18.9% del total de la población consultante de dicha especialidad.

Se encontró también que la legislación colombiana a través del Ministerio de la Protección Social dispone de una norma técnica para la prevención de enfermedades crónicas y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años, mostrando en su anexo técnico el grupo de actividades para el control y seguimiento de la hipertensión y la diabetes mellitus que deben ser cumplidas en el II y III nivel de complejidad para el manejo integral de los pacientes, proponiendo como un mecanismo de prevención no solamente el seguimiento y control de las cifras de tensión arterial y glicemia sino el acompañamiento con un programa educativo enfocado al cambio de hábitos de riesgo y el aumento de la adherencia al tratamiento.

Con base en lo anterior se plantearon como objetivos de diagnóstico el conocer detalladamente dichas enfermedades crónicas, caracterizar la población con diagnóstico de diabetes e hipertensión, así como indagar sobre las causas y los efectos físicos, psicosociales y relacionales asociados a la no adherencia al tratamiento.

Para recolectar dicha información se utilizaron una serie de técnicas, entre ellas, la revisión documental, el análisis estadístico y la elaboración de entrevistas semi-estructuradas tanto a pacientes diabéticos e hipertensos, como a profesionales que se encargaban del manejo de sus patologías, en este caso el Médico Internista y la Trabajadora Social.

Durante los meses de octubre y noviembre del año 2012 se llevó a cabo el proceso de diagnóstico social y como parte del ejercicio de revisión documental se definieron los conceptos claves que enmarcaron el proceso de intervención, ellos fueron la diabetes, hipertensión y adherencia al tratamiento.

La diabetes e hipertensión son diagnósticos que han sido ampliamente definidos desde el ámbito clínico, siendo éstas enfermedades crónicas, es decir de larga duración y por lo general de progresión lenta.

La Organización Mundial de la Salud define la diabetes como:

“Una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, siendo ésta la hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia que con el tiempo daña gravemente órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos”

La hipertensión arterial por otro lado es:

“Síndrome que incluye no sólo la elevación de las cifras de presión arterial, sino que se asocia a factores de riesgo cardiovascular de tipo modificable y no modificable. Generalmente cursa asintomática y después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en otros órganos” (Ministerio de la protección social, 2008)

Vemos cómo desde el punto de vista médico la diabetes e hipertensión se ven como enfermedades que de no ser tratadas producen serios daños a nivel físico, perdiendo de vista otros ámbitos que también se ven afectados a raíz de ellas, olvidando la integralidad del ser humano y obligando por ende a buscar una definición más acorde a las posturas humanistas y comprensivas.

Oblitas (2006), define la enfermedad crónica como

“Padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida”

La definición anterior en contraste con las definiciones brindadas desde el ámbito clínico permite evidenciar que las enfermedades crónicas impactan a la persona no sólo a nivel físico, también en sus emociones, la relación con su familia y la sociedad. Al ser enfermedades que no tienen cura, la diabetes y la hipertensión requieren de tratamientos especiales que algunas personas cumplen al pie de la letra, parcialmente y otros no, configurando de este modo una situación de adherencia, adherencia parcial o no adherencia al tratamiento.

Respecto a la adherencia al tratamiento Rodríguez y Polo (2011) comentan que la evolución del modelo médico de una postura paternalista a una que considera a los pacientes como aliados en la toma de decisiones sobre sus enfermedades, ha impactado en la conceptualización del comportamiento en términos de ingesta de medicamentos, seguimientos de dietas o ejecución de cambios en el estilo de vida. Posteriormente y desde la perspectiva de las ciencias sociales, surge el término de adherencia, el cual resalta la importancia de una colaboración activa y voluntaria por parte del sujeto, refiriendo que el término involucra más el derecho del paciente a la autodeterminación en relación con su tratamiento, que el del cumplimiento.

La OMS la define como el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas, sin embargo el término médico es insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que la palabra instrucciones implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento.

Por otro lado en el ejercicio de las entrevistas semi-estructuradas, se abordaron a 3 pacientes con diagnóstico de diabetes y dos con el de hipertensión. A partir de lo

anterior, la información recopilada desde de sus relatos se organizó en categorías de análisis, entre ellas la el género, el factor económico, las relaciones familiares, procesos vitales, sus sistemas de creencias, el sistema de salud y los hábitos de vida.

Respecto a los pacientes con diagnóstico de diabetes, considerando su condición de género, se encontró en primera medida como parte del análisis de las estadísticas de la institución, que la enfermedad prevalece en mayor medida en las mujeres que abarcan un 66.9% del total de la población que consulta la especialidad de Medicina Interna, mientras que los hombres presentan un porcentaje del 33.02%, mostrando que por alguna razón las mujeres consultan más que los hombres. Con la intención de ampliar dicha información, durante las entrevistas realizadas al Médico Internista y la Trabajadora Social se indagó sobre este aspecto, mencionando respectivamente lo siguiente:

“Se puede evidenciar que los hombres por ejemplo no consultan tanto como consultan las mujeres, las mujeres son más espontáneas, de pronto tienen más tiempo, acordémonos que estamos hablando de un régimen subsidiado en el cual la mayor parte de las mujeres son amas de casa, entonces ya pueden disponer de pronto de horarios más asequibles para venir a la consulta”. (Entrevista al médico internista, 2012).

“Sí es cierto que las mujeres somos más cuidadoras y descuidamos más nuestra salud, nosotras somos cuidadoras de la salud de toda la familia, pero la nuestra no la cuidamos, eso sí es claro que los sistemas de salud están colapsados o llenos de mujeres que consultan y que acompañan y la mujer por sí misma no se cuida”. (Entrevista a la Trabajadora Social, 2012).

Está comprobado por otros autores que el principal cuidador son las mujeres, debido a que es un rol que tradicionalmente se ha adscrito a ellas por cuestiones de género y la cultura en torno al papel que cumplen como madres y responsables del hogar, que difiere al rol de los hombres quienes han heredado funciones ejecutivas, de dirección, control y trabajo en la esfera pública. Al respecto Charry (2010; 74) menciona que cuando no se negocian y reparten las funciones de cuidado entre los demás miembros de la familia, aparecen los problemas de salud del cuidador, denominado síndrome del cuidador, que se presenta cuando “un miembro sobrecargado de trabajo, con reacciones físicas, emocionales, sociales, disminuye sus relaciones con otras personas

y presenta indicadores de estrés”, explicando de algún modo porqué en el hospital se presenta dicha situación.

Respecto a los pacientes con diagnóstico de hipertensión, las estadísticas mostraban que al igual que con la diabetes, la hipertensión era una enfermedad que padecía el 66.4% de las mujeres del total de la población consultante de Medicina Interna, una proporción alta en contraste con la cantidad de hombres que asistía a dicha especialidad, situación que también puede ser interpretada a partir de la reflexión anterior.

También se evidenció que el factor económico tenía un gran impacto en la adherencia o no al tratamiento, dado que en las entrevistas realizadas a los pacientes con diagnóstico de diabetes se notaba cómo la precariedad económica afectaba la forma como llevaban a cabo la dieta; *“Cuando mi hijo me manda yo compro y pues cuando no yo como lo que haya”*. De igual manera como indicó la Trabajadora Social, lo económico no sólo afecta los hábitos alimenticios, sino otros aspectos como el transporte del lugar de residencia del paciente a la institución prestadora del servicio de salud, *“Normalmente esta gente es de muy bajos recursos entonces les cuesta trabajo movilizarse, sus sitios de residencia normalmente son zonas rurales o zonas urbanas deprimidas y no tienen para los pasajes”*.

En cuanto a los pacientes hipertensos algo similar ocurría respecto al seguimiento de la dieta, *“Cuando tengo la manera las compro, cuando no, no, porque como eso se trata de suprimir una cosa para comprar la otra, hay que suprimir, pongamos va a comprar usted una libra de carne, entonces no la compremos porque tengo que comprar mis verduras y toda esa vaina”*.

Lo expuesto anteriormente devela aspectos relacionados con los determinantes sociales de la salud, entre los que también se incluye la economía. Los problemas estructurales que se viven a nivel nacional como el desempleo y en general la pobreza, pueden llevar a que el paciente diabético e hipertenso que vive en estas condiciones vea afectado su proceso de tratamiento, pues aunque se puede contar con la voluntad

para cumplir, son factores externos los que impiden que el manejo de la enfermedad se lleve de manera adecuada.

En el ámbito familiar se exploró de qué manera se modificó la dinámica entre los miembros de la familia a partir del diagnóstico de la enfermedad. Dos de las pacientes con el diagnóstico de diabetes que fueron entrevistadas, expresaron que el diagnóstico de la enfermedad había afectado la intimidad con sus respectivas parejas; *“Pues él a veces se me enoja, he perdido el apetito sexual, él se me enoja y yo le digo –yo ya no tengo la culpa–; “Cuando uno está enfermo ya el esposo no está igual con uno, cambian con uno, ya no sé si es que uno le huele feo, ahora él vive en la casa pero yo ya con él no”*. Navarro (2004, 190) menciona que en las parejas en que uno de los miembros está enfermo es difícil encontrar un equilibrio entre autonomía e intimidad,

“El miembro sano puede experimentar fuertes sentimientos de agresividad al comprobar cómo la enfermedad limita su autonomía; no hablar de ello aumenta su resentimiento y las ganas de que el enfermo se muera o de abandonarlo cuando la situación se vuelve intolerable; se tiene como tema de fondo la definición de las necesidades de intimidad del enfermo en el contexto de las necesidades de autonomía del miembro sano que seguramente necesita tomar un respiro de las exigencias de la enfermedad”.

En torno a la sexualidad menciona,

“Casi cualquier enfermedad afecta la vida sexual, si la dolencia afecta gravemente al ejercicio sexual, éste se convierte en algo lleno de tensión y ansiedad. La discusión abierta de estas dificultades puede ser extremadamente dolorosa, sobre todo si la estrategia elegida de afrontamiento es la evitación”.

La pareja en el mejor de los casos o tiende a apoyarse, o por cuestiones de miedos y las ganas de recuperar una autonomía que se va perdiendo debido a la situación de enfermedad, tiende a presentar dificultades que pueden ser pasajeras, si saben afrontarse, o permanentes y llevar a la disolución de la unión, como en el caso de la segunda paciente entrevistada. La sexualidad de otro modo es otro ámbito que se ve afectado, surgen tensiones en relación a ello, aunque si la pareja puede redefinir su relación en términos más amplios que los sexuales, se pueden adaptar a la pérdida de ésta y sobrellevar las dificultades que emergen.

Los hallazgos encontrados durante el desarrollo de las entrevistas no sólo apuntaban a la relación de pareja, los pacientes entrevistados mencionaban que otros miembros de su familia como sus hijos se volcaron hacia ellos cuando la diabetes fue diagnosticada. *“Mis hijos y nietos se preocupan por mí, yo le doy gracias a Dios, las hijas mantienen -cuídese mamá, vea-“; “Ellos me dicen que tengo que cuidarme, mantienen pendientes de mí”.*

En parte el ambiente familiar es de suma importancia en la recuperación y adaptación del paciente con diagnóstico de diabetes, como mencionaba la Trabajadora Social,

“Si la familia aprende a alimentarse sanamente como lo hace el diabético, el diabético aprende, porque es que el paciente diabético, la dieta no es para él, debe ser tenida en cuenta para la familia, si el diabético debe comer simple y sin azúcar, lo ideal es que la familia aprenda esos hábitos, que la familia conozca qué productos no debe consumir el paciente, sobre todo frutas, que la familia coma saludable, por ejemplo verduras, si la familia lo hace, eso hace que el paciente más fácilmente se adhiera al tratamiento”.

Respecto a los pacientes con diagnóstico de hipertensión también se encontró que el referente de apoyo en cuanto al diagnóstico era su familia, *“Mi hermana le fue a decir a las demás y ahora sí empezaron a controlarle la presión a uno“; “No pues la familia no se interesaba casi así en cosas que yo dijera que tengo esto, no, yo vivo con mis sobrinos, pero más que todo paro solo, nunca tuve hijos, ellos se van y vienen”.* En este aparte se evidenció entonces que la familia asumía diferentes posiciones respecto al diagnóstico de enfermedad de uno de sus miembros, en el primer caso, las hermanas de la paciente asumieron una actitud protectora en torno a ella, en cambio, en el segundo, la familia se mostró desinteresada.

En relación a ello, se puede decir que la dinámica familiar cambia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros, unos cambios que dependen del rol del paciente, de los procesos vitales que atraviesan los miembros que la conforman y del grado de flexibilidad con que la familia se adapta a los cambios que traen enfermedades como la diabetes y la hipertensión, de este modo el paciente y su diagnóstico podía convertirse en el centro de la familia y todos sus miembros se relacionaban en función de él, el paciente era autónomo y no dependía del cuidado que le brindaba su familia, o era un

paciente que necesitaba apoyo pero los miembros de su familia a partir de su dinámica no se lo brindaban.

Alrededor del sistema de creencias durante el desarrollo de la entrevista se tuvo en cuenta el significado que los pacientes le otorgaban a cada uno de sus diagnósticos, también sus creencias sobre la medicina natural y los temores relacionados con la diabetes e hipertensión.

Los pacientes con el diagnóstico de diabetes definían la enfermedad como *“Una enfermedad grave que daña todos los órganos”; “Es una enfermedad que uno tiene que cuidarse mucho porque comienza que uno no puede chuzarse, nada de esas cosas porque por allí mismo se le va dañando el cuerpo a uno y tienen que cortarle”*. Como se puede evidenciar a partir de dichos relatos, la diabetes era vista como una enfermedad progresiva que con el tiempo comprometía gran parte del organismo, unas definiciones que develaban temor respecto a la pérdida de una condición o de una parte del cuerpo.

Ante esto, el Médico Internista opinaba que el impacto psico-emocional de la diabetes en la vida del paciente era alto porque *“a la persona le cambia todo lo que es su vida, cambia totalmente. Hablando más que todo de los pacientes que tienen que administrarse insulina, entran en periodos de depresión, en periodos de negación de la enfermedad, poca adherencia al tratamiento”*.

Es importante tener en cuenta que cada enfermedad tiene un significado social, y que aquel conjunto de creencias influye en los hábitos y costumbres que se tienen respecto a la enfermedad. El temor latente ante el diagnóstico de la enfermedad causa también reacciones emocionales, así como lo resume Charry (2010: 76) se puede expresar en conductas autodestructivas, dependencia emocional, abandono del tratamiento, recaídas inexplicables, depresión y no aceptación ni del diagnóstico ni del tratamiento.

Como se mencionaba anteriormente, a nivel cultural las personas han creado a partir de su percepción y definición de enfermedad, formas para tratar la diabetes diferentes a la medicina tradicional (insulina y otros medicamentos con composiciones químicas). Al respecto, uno de los pacientes entrevistados hizo referencia a un remedio natural que él consumía habitualmente, *“Más que todo el perejil con guayaba lo tomo yo por ejemplo*

por decir algo, una semana en ayunas, ya la siguiente semana no tomo, dejo pasar una semana más y después ya a la siguiente semana vuelvo y lo cojo nuevamente, es semana de por medio, y lo mantiene a uno al nivel”.

En relación a los pacientes hipertensos, lo que se pudo notar respecto a la manera como ellos definían su diagnóstico era un profundo temor en cuanto a desarrollar enfermedades secundarias que eran más complicadas de tratar. *“La presión así demasiado alta es mala porque le puede a uno dar derrame, cualquier cosa”; “Es una cosa que depende casi como del estrés, si uno se azara también se le dispara (la presión)”.*

Contrastando las definiciones otorgadas por los pacientes diabéticos con la de los pacientes hipertensos, se pudo evidenciar cómo en el primer caso, el temor estaba encaminado un poco hacia la pérdida de funcionalidad y hacia una situación contundente como era la aplicación de la insulina, tal como lo mencionaba el Médico Internista *“Los pacientes que utilizan insulina o que se les va a prescribir insulina pues tienen mucho miedo a la aplicación de la misma”*, en cambio aunque el miedo de los pacientes hipertensos también giraba en torno a complicaciones de la salud y el aumento de la presión se asociaba a otras situaciones estresantes, desde la perspectiva del Médico Internista el impacto psico-emocional variaba un poco en la medida que

“El paciente hipertenso es un paciente que puede hacer etapas de negación de la enfermedad, pero son etapas más sencillas, porque la hipertensión es una enfermedad silenciosa, la diabetes también puede llegar a ser en algún momento silenciosa, pero el paciente hipertenso puede estar no controlado y andar con cifras de presión muy altas y tener daño, entonces los pacientes hipertensos no tienen tantos desequilibrios emocionales, no tienen tantos problemas mentales por así decirlo, pero sí tienen muchos inconvenientes en el tiempo porque hacen muchas enfermedades cerebro vasculares secundarias a su presión alta”.

La hipertensión es conocida entonces como la enfermedad silenciosa, que en muchas ocasiones el paciente puede presentar sin saberlo, sólo hasta el momento en que aparecen las complicaciones en la salud.

Otro factor que fue indagado durante las entrevistas fue el cambio de estilo de vida del paciente. En el caso de los diabéticos, mencionaban que los cambios se evidenciaban en los hábitos alimenticios;

“Allá me dijeron que no podía comer mejor dicho la comida que yo comía y todo eso, porque yo soy feliz comiendo dulce, un pastel, una gaseosa, un bombón. Cambió el dulce. Me mandaron a hacer ejercicio, todos los días salgo en la cancha allá en la corona 2. Yo en Cali me levantaba, hacia el oficio y por la tarde ya llegaba y me sentaba y coma y coma como un marrano y ahora por la tarde a veces me como un pan tostado con galletas integrales”.

“Pues prohibí las cosas que no las puedo comer, que no las puedo ingerir porque me hacen daño, dejé de comer más que todo el dulce, porque pues... lo como porque pues no voy a decir que no lo como pero muy poco, hay frutas que no se pueden comer porque tienen mucha azúcar, lo que es el banano y cosas así, las como sí, pero muy poco”.

A parte de los hábitos alimenticios, existían otros aspectos en la vida del paciente que también cambiaron,

“Antes de ser diabética pues yo podía trabajar, aunque yo cuando empecé a sufrir de los pies, después fue que ya no, antes yo iba para Pradera, yo hacia esas tortillas, envueltos, todas esas cosas así, yo ahora ya mantengo de ahí de la casa, voy al comando, voy a curación”.

“Yo ya a las fiestas no acudo porque es una tentación, no tomo trago porque eso es lo que más deteriora a la persona, porque prácticamente todo el licor le hace daño a uno, las tortas menos, casi no las consumo”. (Entrevistas realizadas a pacientes diabéticos, 2012)

Se veía de este modo cómo el diagnóstico de la diabetes impactaba varios espacios de la vida del paciente, no sólo lo alimenticio, sino en lo relacional y laboral.

El paciente hipertenso también presentó cambios en su vida cotidiana a partir del diagnóstico de dicha enfermedad; *“Antes me mantenía más tranquilo y ahora si vivo más azarado... una cosa que casi poco comía yo era la verdura y ahora por obligación lo estoy haciendo, eso es de provecho, los lácteos y todo eso no puedo”;* *“Antes comía de todo, ya no, ahora por la tarde me sirven la comida y antes la dejo, casi no me*

provoca. El nutricionista me puso fue ensaladas y allá en la casa como todos los días, nada de grasa, poca sal”.

Teniendo en cuenta esto el impacto de la enfermedad crónica en la vida de los pacientes no se presenta sólo en el ámbito físico, implica del mismo modo cambios en el estilo de vida que comprometen habilidades emocionales, sociales y familiares para afrontar esta situación .

Habiendo descrito de qué manera factores como el género, el factor económico, el ámbito familiar, los sistemas de creencias y el estilo de vida facilitan o no la adherencia al tratamiento, existen otros como la edad, la etnia y el sistema de salud que también influyen en éste.

La edad y el ciclo evolutivo tienen relación con el impacto de la enfermedad. El análisis estadístico mostró que la diabetes por ejemplo, era una enfermedad que se presentaba en mayor medida en el grupo poblacional de los 51 a los 70 años de edad, seguido del grupo entre los 31 y 50 años. (Fuente: Base de datos HFPS)

Durante la entrevista realizada a la Trabajadora Social, se preguntó sobre el impacto de la enfermedad de acuerdo al ciclo evolutivo, indicando que efectivamente existía una diferencia cuando el paciente era un niño-a o cuando era un adulto.

“Cuando a un niño se le encuentra la diabetes normalmente la familia por ser niño es más cuidadora, tiene actitudes de protección a ese niño y el niño hace adherencia más fácil, imagínate que aprenden, si detectan la enfermedad a temprana edad es más fácil que el niño aprenda a consumir sin azúcar, el niño se autocuida más porque se le genera la cultura desde muy niño. En la población de 50 a 70 años qué pasa, normalmente la patología puede haber estado antes y la han manejado, pero no les ha generado secuelas severas como ya después de los 50 que ya tu cuerpo está más deteriorado, que ya tu sistema circulatorio empieza a fallar, que se presentan problemas de obesidad, entonces ya se evidencia más”.

Charry (2006, 72) describe en su libro *Intervención con familias en situación de enfermedad crónica*, las principales consecuencias de la enfermedad crónica según el ciclo evolutivo. En el niño y adolescente el impacto ocurre sobre todo en el desarrollo físico, lo emocional en cuanto a la confianza, el apego y lo social. En los adolescentes

porque se limita su autonomía e independencia, además, hay separaciones y disminución con los amigos y redes. En el adulto joven ocurren dificultades en la consolidación de tareas como la pareja, la emancipación de los padres y red de relaciones. En los años medios la enfermedad tiene un efecto profundo en la relación marital y disminución de las redes de apoyo, y por último en la ancianidad, se presenta el estrés asociado a enfermedades físicas, sociales y psicológicas, además de la incidencia de trastornos psiquiátricos.

Lo anterior demuestra por ende que el impacto de la diabetes es diferente dependiendo del ciclo evolutivo en el que se encuentre la persona, considerando que en cada etapa ocurren unos procesos de desarrollo diferentes, sumado a las características personales del paciente y a las herramientas y habilidades con que cuenta la familia para adaptarse a estas situaciones.

En cuanto al diagnóstico de hipertensión, el impacto que tiene la enfermedad de acuerdo al ciclo evolutivo se hizo un poco más difuso. Para explicar dicha afirmación, el Médico Internista mencionó que

“He atendido jóvenes con hipertensión, no niños pero sí de 17 años, de pronto de esa edad sí he tenido unos casos, ahí en esos casos hay que buscar una hipertensión que se llama hipertensión secundaria, entonces uno tiene que buscar una serie de procesos, otras enfermedades que se pueden manifestar, o una de esas manifestaciones puede ser hipertensión, entonces uno busca problemas del riñón, obesidad, problemas de apnea del sueño, problemas ya endocrinológicos especiales, entonces ya uno se dirige hacia la búsqueda de esas otras patologías”

Como expresa el Doctor, la hipertensión no se presenta de manera frecuente en la infancia y la adolescencia, a no ser que los índices de presión se eleven por otras enfermedades asociadas, además, si tenemos en cuenta que la hipertensión es una “enfermedad silenciosa”, el impacto se genera sobre todo cuando ésta está en una fase avanzada y las complicaciones se hacen evidentes. Si la hipertensión se detecta en una fase inicial el temor es una sensación que atraviesa el diario vivir del paciente hipertenso; *“Me da miedo de que esa es una enfermedad que se pronostica como un*

derrame, pronostica corazón, taquicardia y todo eso y eso uno vive pensando en todas esas cosas y más ligero se le aprieta eso”.

La etnia también era un aspecto que influía en la adherencia al tratamiento; pertenecer a una etnia determinada implica tener unas creencias y formas de vida diferentes, que pueden contribuir de manera positiva a la adherencia terapéutica o dificultar el proceso. Al respecto el Médico Internista en la entrevista realizada sobre la diabetes señaló que

“No hay una etnia específica que consulte por más diabetes, sí uno puede ver una tendencia en ciertos grupos poblacionales, por ejemplo en los indígenas hay altos índices de diabetes, llama mucho la atención esto porque ellos... los hábitos de vida no es que sean tan malos, aunque tampoco es que sean tan buenos, es decir no son personas obesas, trabajan mucho, hacen ejercicio físico, pero la alimentación no es buena, entonces uno dice que ahí hay un fenómeno más o menos particular, que podría ser identificado pues con una marcada tendencia genética en sus familias a transmitir la enfermedad, y ya los pacientes de raza negra, pues son pacientes de tipo II, con muchas otras enfermedades, en el cual la verdad hay un gran desorden en los hábitos de vida saludables. El afrocolombiano no come bien, come muchas grasas, muchas harinas, no hace deporte y ya consulta cuando el daño está hecho, es un poquito más difícil tratarlo”.

Por su parte la Trabajadora Social desde su especificidad profesional indicó que

“En la raza negra por ejemplo qué diferencia hay al nivel de la etnia, el indígena no deja solo, el cuidador está allí, normalmente tu no encuentras un indígena solo, es rara la ocasión en que tu encuentras un indígena abandonado o que no hay familia, en cambio en la comunidad afro es muy frecuente la persona sola, es una característica ya por etnia, el indígena es más protector, más cohesionado a nivel familiar, y si no está la familia está el cabildo, hay gente que ayuda, en cambio el afro está solo, a usted le llegan pacientes solos, que son las instituciones de salud que los traen porque los encontraron solos en la casa, porque las condiciones de la familia de la comunidad afro son muy complejas, la cohesión familiar, los vínculos familiares en esas comunidades son muy dispersos”.

Como se pudo observar en las entrevistas realizadas a los profesionales, los pacientes con el diagnóstico de diabetes que son afrocolombianos presentan tendencia a una condición familiar compleja debido a la fragilidad de los vínculos con otros de sus

miembros, en contraste con los indígenas que tienden a tener más apoyo debido a los fuertes lazos de comunidad establecidos. En cuanto a los hábitos de vida, la población afrocolombiana también se destaca por tener hábitos menos saludables, en contraste con los indígenas quienes llevan un estilo de vida adecuado en general, aunque los hábitos alimenticios no sean los mejores.

Respecto a los pacientes con el diagnóstico de hipertensión, el Médico Internista mencionó que la enfermedad tenía gran prevalencia en la población afrocolombiana,

“La raza negra tiene mucha incidencia de hipertensión, las causas son de múltiples factores, son pacientes que son más difíciles de controlar, son pacientes que tienen una idiosincrasia distinta, son más habidos por la sal por ejemplo, son pacientes que son culturalmente un poquito más difíciles de controlar, son pacientes obesos, son pacientes que vienen con tendencias, hábitos de vida muy complicados, son personas que no tienen una buena adherencia, fuman, toman”.

Vemos entonces que hasta el momento, las representaciones del personal de salud frente a la población diabética e hipertensa con pertenencias étnicas variadas ha tendido a generalizar ciertos comportamientos y formas de pensar, lo cual podrían llegar a ser diferenciaciones estereotipadas que quizá no identifiquen a toda la población indígena u afrodescendiente. Si se considera que el estereotipo es una percepción simplificada q se tiene sobre una persona para darle cabida dentro una categoría social, es importante recordar que hay que dar lugar a la realidad particular de cada persona; de todos modos, el relato de los profesionales de la salud fue tenido en cuenta por su experticia y porque dentro de su interacción con la población diabética e hipertensa se presentan ciertos patrones que permiten de un modo u otro entender sus conductas.

Por último, el sistema de salud que incluye la afiliación a un régimen de salud, la relación médico-paciente y otros aspectos que se manejan desde el nivel institucional, son factores que tienen incidencia en todo lo relacionado al tratamiento de la diabetes e hipertensión.

Las bases de datos institucionales muestran que la mayoría de los pacientes diabéticos consultantes de la especialidad de Medicina Interna en el primer periodo del año 2012 están afiliados al régimen subsidiado, representado en un 50.1 %, seguido del régimen contributivo con un 13.88%. En cuanto a la población hipertensa, el 60.22% pertenece al régimen subsidiado y sólo el 21.9% pertenece al régimen contributivo.

Al respecto, efectivamente existen diferencias entre la atención que se le brinda a un paciente diabético de acuerdo al régimen de salud al que pertenece, en torno a ello el Médico Internista menciona

“Obviamente hay más facilidades en el régimen contributivo para uno tener tratamientos digamos, mucho más rápido, consultas con otros especialistas, en este caso, en el caso de los diabéticos, la consulta con el endocrinólogo, la consulta les sale más rápido a los que pagan su seguridad social que a las personas que reciben tratamiento con el subsidiado, sin embargo se trata de explicar de la mejor manera pues que puedan tener acceso a todos los servicios que ellos puedan necesitar. La diferencia es entonces en cuanto al tiempo y la oportunidad de prestación del servicio”.

Los profesionales también mencionaron algunas dificultades que se presentan en el nivel institucional y que dificultan el tratamiento de dicha enfermedad,

“Prácticamente por falta de conocimiento, falta de una política departamental, gubernamental o de nuestras propias instituciones para que a los pacientes puedan enseñarse cómo se aplica la insulina, retirar unos mitos que hay en la población sobre la insulina, retirar muchos miedos y muchas cosas que el paciente pueda llegar a tener con respecto a ese tipo de tratamiento”. (Entrevista al Médico Internista, 2012)

En el caso del tratamiento de la hipertensión, el Doctor indicó que

“Lamentablemente tenemos un sistema que es POS donde manejamos medicamentos de baja calidad y le tenemos que dar obligatoriamente al paciente muchos medicamentos, entonces eso nos baja la adherencia al tratamiento. Segundo los eventos adversos de esos medicamentos, cuando se manejan en mucha cantidad, entonces a los pacientes les da gastritis, problemas del hígado, etc, que hace que también nos baje la adherencia al tratamiento”.

Lo anterior permite notar que existen otros factores de índole macro, relacionados con políticas públicas y sociales que también pueden incidir negativamente en el proceso de adherencia al tratamiento del paciente.

Como último aspecto representativo del sistema de salud se encontraba la relación médico-paciente. Las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión demandan servicios a largo plazo, de manera que la institución que los provee pasa a desempeñar un papel muy importante en el bienestar o el malestar de la familia.

Navarro (2004, 80) expone que en estos casos se interrelacionan 3 subsistemas: las instituciones que prestan los servicios, la familia más la red social y el paciente. Estos tres sistemas a su vez se inscriben en una determinada cultura y sociedad que atribuye un significado que influye en la forma como las instituciones prestan el servicio, la familia vive el tener en su seno a alguien con el diagnóstico de una enfermedad y cómo el paciente maneja su problema.

En cuanto a la relación médico-paciente el autor expone que

“La información constituye un tema que se reitera en la relación familia-paciente y el personal de salud. Desde el punto de vista psicológico, la información es una forma de ganar control sobre un problema, además si se da en un momento de crisis tiene la posibilidad de generar guiones que determinan las relaciones de todos con la enfermedad. El dilema que se le plantea a los profesionales es el de dar una información que pueda causar un grave trastorno a quienes la reciben, sobre todo si, como sucede en muchas enfermedades, no se sabe cómo va a evolucionar. El profesional ha de asumir que debido a la conmoción que sufre el paciente cuando conoce el diagnóstico, es fácil que hayan malentendidos, como también es fácil que parte de la violencia que provoca la información se dirija contra quien la da”.

Durante las entrevistas realizadas a los pacientes diabéticos que se encontraban hospitalizados, se pudieron recoger algunas experiencias que ellos tuvieron con profesionales de la salud

“Yo estaba en Comfenalco, mis hijos me llevaron allá, me vieron que el azúcar estaba alta, no me bajaba y el médico me regañaba y yo azarada y yo salí

llorando de ahí”, “Y ahora que ya me decía el jefe ayer que no me podía coger la vena, que tenía que cuidarme porque alguna emergencia no me podían canalizar y ahí me dio a entender muchas cosas”; “Yo vivo ahí cerquita al control, vivo como a tres cuadras, me toman el azúcar y me dicen que tengo que cuidarme y pues eso no lo cuida nadie, uno mismo tiene que cuidarse”. (Entrevistas a pacientes con diagnóstico de diabetes, 2012).

Los médicos se encargan de atender al paciente para procurar mejorar y preservar un buen estado de salud, una labor destacable debido a que contribuye a la generación de una percepción de bienestar en el paciente. Sin embargo, existen ocasiones en las que una suma de factores lleva a que se presenten malentendidos entre el médico, el paciente y su familiar, entre ellas el tipo de información que se brinda y la forma como se expresa.

Al respecto el Internista menciona (2012)

“Lo facilita entonces (la adherencia al tratamiento) la actitud del paciente, la actitud del médico, una buena relación médico-paciente, un buen equipo de trabajo... el paciente ideal logra establecer una buena relación médico- paciente, en donde el equipo de trabajo, no solamente el médico sino la familia y las demás personas que intervienen, logran que el paciente y la familia se concientice y los lleve con un buen tratamiento. Ese es el mejor paciente que muestra resultados”.

Se destaca entonces que cada enfermedad tiene un significado social y las creencias influyen en los hábitos y las prácticas que las personas asumen frente a ella. Generalmente el diagnóstico de éstas impacta emocionalmente al paciente, no sólo a nivel personal, sino en su ámbito familiar, social y laboral, movilizandole gran cantidad de emociones y reacciones que varían desde la tristeza, depresión, sentimientos de invalidez, rabia, soledad, negación, temor y no adherencia al tratamiento, hasta la consolidación de una actitud positiva frente al diagnóstico.

Alrededor de dichas expresiones existe una serie de factores que influyen de igual manera en la respuesta del paciente frente a la enfermedad crónica, entre ellos la etnia, lo económico, sus procesos vitales, lo cultural, las redes de apoyo con que cuenta el paciente y la relación que ellos establecen con el personal de salud, un conjunto de aspectos de los que se ha hablado hasta este punto y que conjugados facilitan o

dificultan la adherencia al tratamiento y el proceso de mantenimiento de su bienestar integral.

Con base en la información recolectada durante el diagnóstico social, se definió entonces que la población con la que se iba a intervenir eran los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión consultantes de los servicios que brindaba el Hospital Francisco de Paula Santander, además que la propuesta de intervención que posteriormente sería ejecutada debía presentarse como una alternativa a la forma como hasta el momento se habían desarrollado los procesos de prevención y promoción de la salud ante las enfermedades crónicas en esta institución.

2.3.3 El proceso de intervención

A partir la labor de reconocimiento institucional y del diagnóstico social desarrollado en los primeros momentos, se construyó la propuesta de intervención que llevó como título *“Propuesta de intervención psicosocial para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión consultantes de los servicios del Hospital Francisco de Paula Santander del municipio de Santander de Quilichao”*; presentando como objetivo general el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento a través del apoyo psicosocial brindado a dicha población, y como objetivos específicos brindar herramientas de manejo y apoyo emocional a los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión; promover una red de apoyo social para que los pacientes que presentan una misma condición diagnóstica compartan sus experiencias y creen vínculos y proporcionar una oportunidad de reflexión para comprender la enfermedad y enfrentarla exitosamente.

La perspectiva teórica que fundamentó metodológicamente dicha propuesta fue el constructivismo, dado que en éste

“el conocimiento es una construcción subjetiva, en la que la realidad deja de ser una entidad absoluta, como entidad independiente o externa a nosotros mismos, asumiendo que el conocimiento supone una perspectiva relativa sobre la realidad, que no puede ser conocida en sí misma sino a través de los

mecanismos de los que disponen las personas, de modo que sus conductas determinan lo que conoce y cómo lo conoce, planteando además que la realidad es siempre un asunto de interacción, algo que se crea mediante nuestras acciones” (Cubero; 2005: 16).

Desde el constructivismo se reconoce que el paciente tiene la capacidad suficiente para afrontar las situaciones que trae el diagnóstico de la enfermedad a partir de la aceptación de su patología, por tanto, se apuntó hacia una propuesta metodológica que brindara protagonismo al sujeto y su experiencia. La metodología de intervención usada para lograr los objetivos fue acorde a la perspectiva teórica, planteando para ello los grupos terapéuticos definidos como:

“una metodología que se inscribe dentro del modelo de intervención grupal que combina los elementos del taller reflexivo con elementos de la terapia grupal. Del taller reflexivo se toman las técnicas típicas de éste para introducir las temáticas de manera amena, lúdica y creativa y, de este modo, facilitar el flujo de la palabra grupal. De la Terapia Grupal se toma el abordaje de los asuntos personales. En otras palabras, en este modelo se profundiza en la revisión de la subjetividad y / o los síntomas de cada participante” (Gutiérrez, 1999).

Debido a que la diabetes y la hipertensión son enfermedades con sintomatologías diferentes, era pertinente conformar dos grupos distintos de acuerdo al diagnóstico, definiendo entonces que los días martes de 2:00 a 4:00 pm se reunirían los pacientes diabéticos y que los jueves a la misma hora se realizarían los talleres con los pacientes hipertensos.

La herramienta usada para la planeación de los talleres terapéuticos fue el modelo de ficha técnica ideado por el autor Guillermo Gutiérrez (Anexo 2) a partir de la que se construían los objetivos y se describía paso a paso lo que ocurriría en cada una de las fases del taller, entre ellas el encuadre, la construcción inicial, la recolección de datos, la devolución, los aportes brindados por la tallerista y la evaluación. Todos los talleres eran planeados semana a semana y la supervisora de práctica se encargaba de revisarlos para brindar la retroalimentación necesaria antes de que fuera implementado con los pacientes.

El siguiente cuadro retomado del modelo metodológico de María de la Luz Morgan (Citada por Carvajal, 2004, 37), facilitó la recopilación de la información que se tenía sobre las actividades que fueron realizadas, permitiendo conocer la metodología, los resultados y algunas observaciones que surgían a partir del desarrollo de las actividades.

Cuadro 3. Actividades realizadas con el grupo de pacientes con diagnóstico de diabetes

Actividad realizada: Convocatoria
Objetivos: Reunir a un número de pacientes con diagnóstico de diabetes mayor o igual a ocho personas para la conformación del grupo terapéutico
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes
Metodología: -Se entregaron volantes que informaban a la población que asistía a los servicios del hospital sobre la fecha y el propósito de la convocatoria; de igual modo se dispuso una cartelera con la misma información en el servicio de consulta externa de la institución. (Anexo 3) -Se realizó una segunda convocatoria debido al poco acogimiento de la primera, en ésta se realizaron llamadas telefónicas a los pacientes registrados en la base de datos de la institución, residentes en el municipio de Santander de Quilichao y con el diagnóstico de diabetes.
Resultados: La primera convocatoria fue atendida por 2 personas. Dado que uno de los requisitos para la conformación del grupo terapéutico es contar con mínimo 8 participantes, se realizó una nueva convocatoria, logrando reunir a 12 personas a las cuales se les socializó el propósito de la propuesta de intervención y la metodología que se usaría. De igual modo se abrió un espacio para escuchar qué pensaban y sentían sobre el diagnóstico, afirmando los hallazgos del diagnóstico social que se había realizado en una etapa previa. Pregunté si estaban dispuestos a asistir a las sesiones que se realizarían una vez por semana, la mayoría contestó afirmativamente y dos personas comentaron que no podían por cuestiones laborales.
Observaciones – interrogantes: Se subestimó la importancia de la convocatoria. La forma como ésta se llevó a cabo por primera vez no fue adecuada por el lenguaje usado y la despersonalización de los volantes. Situación que cambió en la segunda convocatoria debido a que las personas fueron informadas personalmente. En el momento de la socialización del proyecto de intervención ¿Qué hubiera ocurrido si antes de plantear la propuesta de intervención se hubiera preguntado a los asistentes de qué forma les hubiera gustado que se llevara a cabo este proceso? ¿La propuesta inicial hubiera cambiado en comparación con la que ellos podrían haber sugerido? -Como estudiante sentí que había fracasado al ver los resultados de la primera convocatoria, un sentimiento que fue superado una vez la supervisora me ayudó a reflexionar sobre el porqué había resultado de esa manera y qué se podía hacer para mejorar.

Actividad realizada: “El carro de mi vida”
Objetivos: Conocer aspectos de la vida de los miembros del grupo para romper el hielo entre los participantes.
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Dibujo -Reflexión individual
Descripción: Se pidió a los integrantes del grupo que dibujaran un carro para posteriormente

responder a preguntas formuladas alegóricamente sobre sus vidas, algunas como ¿De dónde arrancó su carro? ¿A quién dejaría manejar su carro?, entre otras.
Resultados: Después de la primera reunión el grupo se redujo a 8 integrantes. Cada uno ellos compartió dónde había nacido, la mayoría provenientes del departamento del Cauca; de igual modo comentaron que sus familiares y compañeros sentimentales eran las personas en quienes más confiaban. Se evadieron las situaciones dolorosas de sus vidas y prefirieron hablar de las que les causaban mayor regocijo, rememorando momentos en los que habían compartido con sus seres queridos. Finalmente dos participantes del grupo, un hombre y una mujer afrocolombianos compartieron experiencias relacionadas al diagnóstico de la diabetes, ambas sobre “el pie diabético” y las amputaciones. La mujer comentó que “<i>gracias a Dios</i>”, en quien creía fervientemente, su pie se había mejorado y no había necesitado la amputación, en contraste a su compañero a quien sí le habían amputado un dedo del pie recientemente y aún seguía en proceso de recuperación.
Observaciones – interrogantes: -Teniendo en cuenta que a la primera reunión asistieron 12 personas ¿Qué ocurrió para que 2 participantes no regresaran, teniendo en cuenta que los otros dos ya habían expresado que no podían asistir por cuestiones laborales? -Este fue el primer taller realizado después de la convocatoria, si su planeación no se realizó con ellos ¿Se contradice con la postura de construir juntos que enmarcaba la propuesta? -Al ser la primera actividad ejecutada, como Trabajadora Social en formación sentía nervios y ansiedad, en espera de que todo saliera de la forma como se había planeado. La relación con los miembros del grupo fue cordial y tocó dinamizar las exposiciones con preguntas, pues como no había confianza suficiente, los participantes se mostraban tímidos para hablar.

Actividad realizada: Temores y cuidados
Objetivos: Despejar temores sobre el diagnóstico de la diabetes y construir alternativas de cuidado
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Reflexión conjunta -Red semántica Descripción: Se realizó la lectura “Los diez mandamientos de la vida” (Anexo 4), se reflexionó sobre ella y posteriormente se elaboró una red semántica a partir de las frases “Me da miedo de la diabetes...” y “Mi salud mejoraría si yo...”
Resultados: La lectura brindó a los participantes elementos útiles para aplicar en el diario vivir sobre cómo era importante manejar las situaciones con calma y sin angustia. A raíz de cada uno de los puntos que se abordaban en la lectura los integrantes del grupo comentaban situaciones particulares de sus vidas, entre ellas el cómo se preocupaban excesivamente por cuestiones que tenían solución, como retrasarse en el pago de los recibos públicos. También expresaron que era cierto que constantemente cargaban con los problemas no sólo de ellos sino de las personas que estaban a su alrededor, manifestando que en ocasiones había que dejar que ellos mismos resolvieran sus propios asuntos. En cuanto a sus temores los pacientes con DM tipo II tenían miedo de empezar a utilizar la insulina y en general a perder extremidades de su cuerpo, la visión, quedar postrados en cama y al daño de otros órganos. Se creó un espacio de diálogo en donde los pacientes con DM tipo I (insulino- dependientes) desmitificaban los miedos en torno al uso de la insulina, ayudando del mismo modo a aclarar dudas que los pacientes con DM tipo II tenían. Por último los pacientes mencionaron que su salud mejoraría si llevaban a cabo las recomendaciones que usualmente los médicos brindaban como comer sanamente, hacer ejercicio, entre otras.
Observaciones – interrogantes: Para la planeación del taller se tuvieron en cuenta algunos elementos que se hicieron visibles en el taller anterior, ahondando por tanto en los temores. Surge como interrogante si las respuestas que los integrantes brindaron sobre cómo mejoraría su salud

fueron orientadas por “el deber ser” más que por lo que ellos realmente pensaban. Puede ser que el medio en el que nos encontrábamos, el Hospital, los hubiera condicionado para dar ese tipo de respuestas.

-En esta sesión el grupo fue más participativo. Como Trabajadora Social en formación cumplí con el papel de facilitador de la discusión que se generó a partir del uso de la insulina, factor que determina si la diabetes es tipo I o II. La relación que tenía con los pacientes se volvía más cercana con cada taller y sentí que la técnica implementada fue significativa y de gran aporte al taller.

Actividad realizada: Conversando sobre la diabetes

Objetivos: Intercambiar ideas y experiencias en torno a la aplicación de la insulina y el cuidado del pie diabético en pro de la generación de nuevas alternativas de cuidado

Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes.

Metodología: Taller terapéutico. **Técnicas:** -Conversatorio -Video foro

Descripción: Se realizó un conversatorio sobre la aplicación de la insulina y los cuidados del pie diabético, proyectando un video en la etapa de los aportes sobre dichos temas.

Resultados: Este taller se planeó teniendo en cuenta las inquietudes que surgieron en la sesión anterior. Se despejaron temores y dudas sobre la aplicación de la insulina y se brindaron alternativas para el cuidado de los pies. Uno de los participantes expresó su temor de aplicarse la insulina por sí solo, comentando que si uno de sus familiares no lo hacía, él prefería no aplicarse nada. A partir de ello otra participante mencionó que cuando había empezado a usar este medicamento sentía descompensarse físicamente, por lo que tuvo que acudir al médico para que cambiara el tipo de insulina y la cantidad que se estaba aplicando, demostrando que desde entonces no había vuelto a tener inconvenientes. Ella indicó a los demás compañeros cómo ponerse la insulina para que no quedaran cicatrices y hematomas, información que fue ampliada por el video que se proyectó. Los integrantes del grupo con Diabetes tipo II (que no son insulino-dependientes) exponían que ellos se tomaban las pastillas para mantener los niveles de glicemia normales y que esperaban que con ello bastara para tener controlado su diagnóstico.

Observaciones – interrogantes: ¿Fue pertinente haber proyectado un video de tipo clínico-informativo que mostrara la forma como se debía aplicar la insulina? ¿Afianzó esto la postura de “experto” que de antemano el paciente brinda al orientador de la actividad? Considero que la proyección del video fue adecuada y no directiva dado que ello se realizó al final del taller como apoyo para los aportes del profesional, faltó conocer si los participantes lo percibieron del mismo modo.

-Siendo esta la tercera sesión con el grupo, como Trabajadora Social en formación me sentía más segura y con mayor confianza, empezaba a comprender que las actividades no necesariamente se desarrollaban del modo que se planeaban. La relación con los participantes empezaba a ser cercana, ya sabía sus nombres y podía entablar conversaciones informales con ellos. -

Actividad realizada: Ejercitándome vivo mejor

Objetivos: Brindar a los miembros del grupo una tarde agradable, relajarse y mostrar la importancia del ejercicio en el cuidado de la salud.

Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes. -Profesional de Terapia física.

Metodología: Taller terapéutico. **Técnicas:** -Elaboración rutina de ejercicios

Descripción: Inicialmente se había planeado que los pacientes elaboraran su propia rutina de

ejercicios para vislumbrar sus saberes, rutinas que posteriormente iban a ser retroalimentadas por el profesional de terapia física, pero la actividad se llevó a cabo de forma diferente, iniciando con una charla por parte del terapeuta sobre los cuidados de la diabetes desde el punto de vista clínico para posteriormente la realización de ejercicio físico supervisado por él.
Resultados: Se logró indagar sobre la manera como hacían ejercicio, encontrando que todos sabían que éste era importante para el cuidado de la salud, pero hablaban con inseguridad sobre el cómo hacerlo. Una de las integrantes del grupo mencionó que hacía ejercicio regularmente debido a que en años anteriores solía jugar fútbol, deporte que había dejado por una lesión de rodilla. Otra de las participantes indicó que hacer los oficios domésticos también era una forma de hacer ejercicio, pues notaban que sudaban al barrer y trapear. A lo largo de la actividad se identificaron lugares en los que se podía hacer ejercicio en su propio contexto, pues tenían elementos como la cuerda de saltar a su disposición para hacerlo y podían seguir yendo a la cancha del barrio para trotar como alguno de ellos había expresado.
Observaciones – interrogantes: Al inicio de la intervención del terapeuta físico se hizo uso de la metodología tradicional, dado que se ubicó en un lugar de experto que brinda información, no obstante luego los participantes tuvieron la oportunidad de hacer consultas específicas aplicadas a sus situaciones particulares. ¿En qué se evidenció el trabajo interdisciplinario entre la Trabajadora Social y el fisioterapeuta? -Como Trabajadora Social en formación sentí que la actividad estuvo liderada por el fisioterapeuta y no por mí. Acepté su postura y su forma de hacer sin negar que al principio me sentía angustiada porque lo que él hacía contradecía la postura epistemológica de la metodología de intervención propia del grupo terapéutico. Con mi intervención se logró que los integrantes del grupo más allá de escuchar, participaran exponiendo lo que pensaban sobre el ejercicio. No obstante, considero que al planear el encuentro hubiera sido preciso compartir con el fisioterapeuta la propuesta metodológica porque entiendo que hizo falta articulación para lograr un trabajo en equipo y por tanto actuó desde su saber.

Actividad realizada: Representando mi vida a partir de la diabetes
Objetivos: -Conocer de qué manera ha transcurrido la vida de los pacientes antes, durante y actualmente respecto al diagnóstico de diabetes. -Naturalizar los sentimientos de culpa, tristeza y rabia como etapas del proceso de duelo a partir del diagnóstico
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Collage Descripción: Se elaboró un collage que permitió a los participantes representar gráficamente su vida antes, durante y la situación actual respecto al diagnóstico de diabetes, posteriormente procedieron a poner un título a su obra para explicarla a los demás compañeros. En los aportes se aprovechó todo lo mencionado por el grupo para exponer las etapas del duelo y naturalizar algunos de las emociones y situaciones que ellos habían vivido.
Resultados: Los participantes crearon sus collages (Anexo 5) comentando cómo habían cambiado sus vidas después de haber sido diagnosticados. Uno de los miembros del grupo tituló su obra “El cóndor adolorido” explicando que había dejado su trabajo como chofer de bus porque el diagnóstico afectó potencialmente su audición y visión, mostrándose agradecido con los compañeros del grupo terapéutico porque no se burlaban de él a diferencia de algunos jóvenes de la calle. Otros integrantes del grupo comentaron que había sido difícil dejar de consumir algunos alimentos como “el frito”, mencionando que les gustaba mucho pero sabían que no lo debían consumir, al igual que el licor. Reconocieron además haber estado en negación al haber

consultado otros criterios médicos y enojados con sus familias por convertirse en vigilantes de todo lo que hacían. Una vez se realizaron los aportes pudieron relacionar aquellas situaciones mencionadas con las etapas del duelo. Una de las participantes mencionó que ella no tenía hijos, pero sí sobrinos que se preocupaban por ella y hacían que por medio de su apoyo, tuviera bienestar.
Observaciones – interrogantes: El grupo de los pacientes con diagnóstico de diabetes cada día se vez más fortalecido. El desarrollo de la actividad permitió que los participantes se conocieran más a partir de sus diagnósticos, además, el que hubieran compartido sus estrategias para afrontar sus realidades, los empodera para continuar o modificar la actitud en pro de la adherencia al tratamiento. -Como orientadora de esta actividad me sentí complacida, a mi parecer los resultados del encuentro fueron satisfactorios. ¿Qué permitió el éxito de la actividad?

Actividad realizada: Considerando la medicina natural como tratamiento
Objetivos: Validar la medicina natural como una opción complementaria para el manejo del diagnóstico de diabetes.
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: Recetario Descripción: En la sesión anterior se pidió al grupo traer plantas o medicina natural que conocían para tratar la diabetes. Durante el desarrollo del taller se elaboró un recetario con remedios caseros que los integrantes del grupo conocían
Resultados: Se elaboró el recetario con las plantas que ellos conocían para controlar la diabetes, entre ellas la cáscara de gualandai, el inojo de raíz, la sábila, el musgo, la papunga y una planta que causó mucha curiosidad entre los miembros del grupo ya que se llamaba como la inyección, la insulina. Una de las participantes llevó otras plantas que no controlaban la diabetes, al principio los demás participantes no prestaron atención pero al final decidieron incluirlas en el recetario por la sensación de bienestar que producían. Se identificó como una ventaja de la medicina natural el que las plantas eran más económicas y fáciles de conseguir, pero una desventaja era que se demoraba un poco en hacer efecto. De otro modo pensaban que la medicina tradicional les causaba fatiga y en varias ocasiones los descompensaba pero a ella atribuían el poder vivir sin dificultades. Se llegó a la conclusión de que era válido hacer uso de la medicina natural pero que se debía hacer de manera paralela con el tratamiento ofrecido desde la medicina tradicional.
Observaciones – interrogantes: ¿Con mi intervención, influenciada por el medio institucional y el propósito de lograr la adherencia al tratamiento, incidí para que los pacientes llegaran a la conclusión de que la medicina tradicional no debía abandonarse? -Como Trabajadora Social en formación logré conectar lo que se hizo en el grupo con mi vida personal, pues algunos de los remedios que ellos compartían ya los conocía por experiencias familiares. El ambiente que se vivió en el grupo fue de plena participación, fue una de las actividades en las que los participantes hablaron con mayor propiedad y dominio del tema.

Actividad realizada: ¿Usted qué haría?
Objetivos: Reflexionar sobre las diferentes actitudes que han asumido los miembros del grupo ante el diagnóstico de diabetes y las situaciones familiares que a partir de ello se han presentado
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Discusión de casos Descripción: Se entregó a los miembros del grupo una hoja con cuatro casos que representaban

a personas con diagnóstico de diabetes en situaciones de negación, tristeza y enojo (Anexo 6). Se preguntó a cada uno qué pensaba al respecto y qué aconsejaría a la persona del caso.
Resultados: Se realizó el trabajo en parejas. En la discusión se relacionaron los casos con la vida cotidiana de los miembros del grupo, quienes comentaban que a pesar de que en sus familias recibían apoyo, algunas veces se molestaban porque los sobreprotegían, diciéndoles qué debían comer y qué no, además mostraban algunas contradicciones que se presentaban en su diario vivir, pues a pesar del exceso de cuidado, a veces ocurrían discusiones entre los familiares cuando el paciente rechazaba la comida para cuidarse.
Observaciones – interrogantes: Ver la situación desde una postura externa permite aconsejar más fácil, pero ¿será que es fácil aplicar en la vida propia aquellas soluciones que sugiero desde una postura ajena? ¿Se aplica lo que se predica? -Con el transcurrir de las actividades la cohesión grupal se hace más fuerte. Hablar de temas personales se hace con mayor facilidad. -Como estudiante y orientadora de las actividades había intentado en sesiones anteriores no involucrar mis experiencias personales y familiares en el proceso, pero a medida que éste avanza y encuentro la relación de los relatos de los pacientes con algunas situaciones que han ocurrido en mi familia es difícil, sin embargo se pudo manejar la situación, en ocasiones ejemplificaba con sucesos ocurridos en mis experiencias y podíamos compartir saberes. El aprendizaje no se da en una sola dirección, en este proceso de intervención, el orientador o tallerista aprendía del grupo, de la misma forma que el grupo aprendía de ellos mismos y de la estudiante de Trabajo Social. Se da una construcción conjunta y por ende, una afectación mutua.

Actividad realizada: Descubriendo mis fortalezas de cuidado
Objetivos: Visibilizar las fortalezas y debilidades que cada uno de los miembros del grupo tiene respecto al tratamiento de la diabetes y establecer metas de cuidado
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Reflexión individual Descripción: Se entregó a los participantes una hoja con cuatro preguntas con la intención que éstas fueran resueltas; indagando por la situación de vida ideal, cuál era la situación actual, cómo mejoraría la situación actual y cuáles eran sus fortalezas y debilidades para ello.
Resultados: Se presentó una dificultad en el desarrollo de esta actividad dado que dos de los integrantes del grupo no sabían escribir apropiadamente. A pesar de ello la actividad se llevó a cabo con la ayuda de la estudiante, lo que permitió conocer que la mayoría de los participantes apuntaban a tener bienestar en todos los niveles de la vida como situación ideal, aunque hubo uno de los integrantes del grupo expresó que le gustaría recuperar a su esposa quien se había distanciado de su lado. Respecto a la situación actual expresaron que a pesar del diagnóstico agradecían tener estabilidad económica y apoyo familiar. La pregunta sobre cómo mejorarían aquella situación actual expusieron que cuidando más la salud y seguir esforzándose para conseguir lo que querían. Sobre las debilidades, una de las integrantes del grupo mencionó que tenía mal carácter, causando en ocasiones confrontaciones con su familia, otra de sus compañeras comentó que era difícil abstenerse de consumir alimentos que ofrecían en las calles, pues estos se presentaban como una tentación en cualquier parte que ella fuera. En cuanto a las fortalezas algunos consideraron el apoyo de los hijos como indispensable, otro el apoyo de su pareja, además de tomar los medicamentos recomendados y alimentarse sanamente.
Observaciones – interrogantes: ¿Cómo se sintieron las personas cuya falta de habilidades de lecto-escritura quedaron en evidencia? -Dentro de la planeación de la actividad nunca contemplé el que quizá algunos de los integrantes no supieran escribir y a falta de un plan B en el momento, la actividad continuó, en este caso

ayudé. a los participantes a plasmar sus ideas en la hoja de respuestas.

Actividad realizada: Evaluación intermedia
Objetivos: Conocer en qué aspectos el desarrollo de las actividades realizadas han contribuido al tratamiento de la diabetes. –Recoger elementos que permitan guiar los talleres siguientes
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Mesa redonda Descripción: Inicialmente pretendía hacer la dinámica del reloj en donde los participantes del grupo contestarían una pregunta que se formulaba de acuerdo a la hora en la que éste estuviera posicionado. Por cuestiones de espacio se decidió hacer una mesa redonda y plantear las preguntas en forma de conversación (Anexo 7)
Resultados: Se desarrollaron una serie de preguntas que cuestionaban cuáles habían sido las expectativas de cada uno de los miembros antes de iniciar al grupo, exponiendo que habían pensado que era otra de las capacitaciones en donde les indicaban que debían comer y cómo debían cuidarse, una invitación que ellos habían aceptado porque tenían curiosidad sobre lo que se iba a hablar. En cuanto a lo que pensaban sobre el grupo y la experiencia después de haber conocido de qué se trataba, explicaron que el grupo había superado sus expectativas porque habían encontrado que las actividades que se hacían eran más dinámicas, porque se había logrado establecer lazos de amistad en el grupo y los temas que se abordaban eran de su completo interés y la forma como se hacían era mejor. Sobre lo que les agradaba de sus compañeros mencionaron que les gustaba que todos eran comprensivos y divertidos, indicando que les gustó haber conocido personas con su mismo diagnóstico. En cuanto al aporte de la experiencia a sus vidas consideran que les permitió concientizarse un poco más sobre la diabetes, pues los cuidados era algo que tenían más presente. También expusieron que los había ayudado a despejar sus mentes y a distraerse, ya que era un espacio donde podían hablar, reír y aprender. Por último sobre lo que pensaban hacer una vez los talleres finalizaran, expresaron que les gustaría continuar en contacto y que les gustaría eventualmente reunirse dado que se había creado una rutina y habían conocido buenas amistades.
Observaciones – interrogantes: ¿De qué dependió el éxito aparente del proceso de intervención? ¿Fueron las emociones o los hechos los que más influyeron en la evaluación? -Como estudiante me sentí halagada y contenta al escuchar lo que pensaban los participantes del grupo sobre el proceso, pero de otro modo me dejaba un poco intrigada si lo que ellos respondían lo decían por complacerme o de verdad lo creían. Escucharlos permitió confirmar la pertinencia de la propuesta metodológica, la apropiación de los contenidos abordados y los avances en el logro del objetivo de contribuir a la adherencia al tratamiento.

Actividad realizada: Lo mejor de mi vida
Objetivos: Reflexionar sobre las experiencias que cada uno de los integrantes del grupo ha vivido con sus familias a partir del diagnóstico de diabetes y conocer el significado que otorgan a la enfermedad.
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Cine foro Descripción: Se proyectó la película “Mi vida” (1993) que cuenta la historia de un hombre con diagnóstico de cáncer quien se prepara para su muerte aprendiendo a apreciar los bellos

momentos de la vida.
Resultados: Se vio la película y se reflexionó sobre cómo se habían presentado los cambios en las familias a partir del diagnóstico. Uno de los participantes comentaba que a nivel personal había tenido que dejar de trabajar y empezar a depender de sus hijos, situación que en ocasiones le molestaba porque sentía que había perdido su independencia, pero de igual modo se mostraba agradecido con ellos porque lo apoyaban en lo que necesitara. Otro de los participantes explicó que su familia se había empezado a preocupar más por él, lo cuidaban y le prohibían comer algunos alimentos. Se contrastaron las experiencias de vida con la del protagonista del filme mostrándose agradecidos por tener una enfermedad que a pesar de no tener cura es tratable. La película permitió dar esperanza a los integrantes del grupo, mejorando su actitud frente a su propio diagnóstico
Observaciones – interrogantes: ¿Fue pertinente haber proyectado una película sobre un diagnóstico diferente al de la diabetes? Al momento de elegir la cinta cinematográfica esperaba que los participantes del grupo vieran la forma en que el estilo de vida de una persona cambia a partir del diagnóstico de una enfermedad, sin embargo considerando las elaboraciones del grupo se presentó un valor agregado, pues al comparar el cáncer que era el diagnóstico que tenía el protagonista de la película con la diabetes, los pacientes se mostraban esperanzados por tener una enfermedad manejable y no una enfermedad terminal.

Actividad realizada: Soy hombre y tengo diabetes, soy mujer y yo también tengo diabetes
Objetivos: Contrastar el significado de la diabetes de acuerdo a la perspectiva de género
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Red semántica
Descripción: Se pidió a los miembros del grupo que se organizaran en dos grupos, uno conformado por hombres y el otro por mujeres, dando la indicación de que en una cartelera escribieran todo lo que se les ocurriera a partir de la frase “Las mujeres diabéticas somos...” y “Los hombres diabéticos somos...” respectivamente.
Resultados: Se hace notorio que entre los miembros del grupo de diabéticos aún se ven marcadas algunas de las funciones asignadas tradicionalmente a los hombres y mujeres, aunque pareciera que a partir del diagnóstico y el abandonar sus trabajos por cuidar su salud, los roles tradicionales se han vuelto difusos dado que permanecen más tiempo en casa y desempeñan labores domésticas. Para las mujeres en cambio la diabetes no ha traído cambios tan drásticos en su vida cotidiana, siguen ejerciendo roles de madres, de amas de casa, aunque también trabajan.
Observaciones – interrogantes: ¿Se relaciona el conocimiento construido en este taller con los hallazgos encontrados en el diagnóstico social en la categoría de género? El objetivo propuesto para esta actividad más que obedecer a una necesidad sentida de los pacientes obedecía a una curiosidad profesional mía. A pesar de ello la actividad permitió descubrir elementos interesantes sobre este aspecto.

Actividad realizada: Sesión de cierre
Objetivos: -Finalizar los encuentros terapéuticos llevados a cabo con los pacientes diabéticos. -Generar compromisos en los participantes para que continúen cuidando su salud. -Reconocer la disposición y entrega que los participantes han demostrado como miembros del grupo y con la adherencia al tratamiento
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de diabetes.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: Ritual de cierre –Documentos terapéuticos (diplomas)
Descripción: La sesión de cierre fue planeada por los participantes del grupo que eligieron el

lugar y acordaron llevar alimentos para compartir aquel día. Durante la sesión de cierre se entregó a cada uno de los participantes un diploma como documento terapéutico, que contenía un mensaje personalizado en el que se resaltaban las características positivas de cada uno de ellos y se agradecía el interés y su participación en el grupo. Por medio del conversatorio se generaron compromisos para el cuidado de la salud. (Anexo 8).
Resultados: El grupo en consenso decidió hacer la sesión de despedida en la vereda San Pedro, ubicada a diez minutos del casco urbano de Santander de Quilichao. Mientras estaban en el lugar se compartió el almuerzo, disfrutaron del espacio y se conversó sobre los compromisos que asumirían de ese día en adelante. Mencionaron que iban a seguir cuidándose tomando los medicamentos y llevando un adecuado estilo de vida, además, agradecieron al grupo por haberles permitido conocer a personas con un mismo diagnóstico, pues se sentían comprendidos y que en vista que los vínculos que entre compañeros se fortalecieron durante el proceso, continuarían comunicándose entre ellos. Finalmente se entregaron los diplomas, cada uno pasó al frente al escuchar su nombre mientras la orientadora leía lo que en el documento estaba escrito. Algunos participantes se mostraron conmovidos por el mensaje y comentaron que lo mandarían a enmarcar, otros no reaccionaron tan efusivamente pero agradecieron el gesto. La orientadora expresó que se sentía satisfecha y contenta con los resultados de la experiencia y agradeció a todos por haber decidido formar parte de ella.
Observaciones – interrogantes: ¿Qué pasó después de que el grupo terminó? ¿Hicieron prácticos los aprendizajes construidos en el grupo? ¿Han cumplido sus compromisos? ¿Se logró en últimas el propósito de fortalecer su adherencia al tratamiento? -En esta sesión en especial temía no poder orientar la actividad por miedo a quebrantarme delante de los miembros del grupo. Después de haber compartido tres meses juntos la relación se hizo cercana y decir adiós era difícil. Afortunadamente lo pude hacer y entendí después que más allá del rol de Trabajadora Social, se es humano y está bien sentir este tipo de emociones.

Cuadro 4. Actividades realizadas con el grupo de pacientes con diagnóstico de hipertensión

Actividad realizada: Convocatoria
Objetivos: Reunir a un número de pacientes con diagnóstico de hipertensión mayor o igual a ocho personas para la conformación del grupo terapéutico.
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de hipertensión.
Descripción: Se entregaron volantes que informaban a la población que asistía a los servicios del hospital sobre la fecha y el propósito de la convocatoria; de igual modo se dispuso una cartelera con la misma información en el servicio de consulta externa de la institución. -Teniendo en cuenta los resultados de la convocatoria con el grupo de pacientes diabéticos, antes de la primera reunión con los pacientes con diagnóstico de hipertensión se optó por realizar la llamada telefónica para evitar que se repitiera la experiencia vivida con el otro grupo.
Resultados: Doce personas asistieron a la primera reunión, dos de ellas no tenían el diagnóstico pero eran familiares de los asistentes. Se explica el motivo de la convocatoria presentando los hallazgos del diagnóstico social, entre ellos la inasistencia a los controles porque se sentían señalados por el médico cuando los resultados no eran favorables, sentirse sin apoyo para desahogar sentimientos de estrés, la falta de dinero para cumplir la dieta, entre otros. En este espacio los asistentes se presentan y empiezan a comentar experiencias relacionadas. Se resalta

cuál es el objetivo del grupo terapéutico y se indaga si están dispuestos a continuar asistiendo a las sesiones, a lo que la mayoría contesta afirmativamente

Observaciones – interrogantes: Esta fue la primera reunión con los pacientes hipertensos pero la segunda en todo el proceso, considerando que ya se había realizado la socialización con el grupo de pacientes diabéticos, ello permitió que me sintiera más segura a la hora de hablar.

Actividad realizada: El carro de mi vida

Objetivos: Conocer aspectos de la vida de los miembros del grupo para romper el hielo entre los participantes.

Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de hipertensión.

Metodología: Taller terapéutico. **Técnicas:** -Dibujo, Reflexión individual

Descripción: Se pidió a los integrantes del grupo que dibujaran un carro para posteriormente responder a preguntas formuladas alegóricamente sobre sus vidas, algunas como ¿De dónde arrancó su carro? ¿A quién dejaría manejar su carro? entre otras

Resultados: En esta sesión el grupo se redujo a 6 integrantes; a pesar que uno de los requisitos para iniciar un grupo terapéutico es contar con un mínimo de 8 participantes, se decidió grupalmente continuar y si se presentaba la oportunidad invitar a más personas a unirse al grupo. En cuanto a la actividad los participantes expresaron que habían tenido situaciones difíciles que habían superado, que su motor de vida eran sus hijos y que iban a seguir luchando para seguir adelante; es interesante anotar que ninguno mencionó la hipertensión como obstáculo o como una circunstancia problemática en sus vidas.

Observaciones – interrogantes: El diagnóstico de hipertensión no se evidenció como una circunstancia problemática o que marcara la vida de los pacientes, dejando ver por qué se le llama “la enfermedad silenciosa”, dado que sus expresiones físicas no son contundentes.

Dado lo anterior, ¿Qué motiva al paciente a cuidarse de un diagnóstico que está latente pero no es manifiesto?

-Desde mi postura de estudiante empecé a notar las diferencias entre el grupo de pacientes con diagnóstico de diabetes y el grupo de pacientes hipertensos, cuestionándome de qué forma tendría que abordar el tema teniendo en cuenta las características de ambos grupos.

La relación con los participantes del grupo fue cercana y como había menos personas se dio una relación cara a cara en la que los integrantes se sintieron en confianza y participaron activamente, compartiendo incluso situaciones muy personales.

Actividad realizada: Cineforo “Desafío a los gigantes”

Objetivos: Validar sentimientos que los participantes hayan tenido respecto a su diagnóstico de hipertensión y generar un ambiente de apoyo y confianza entre los miembros del grupo.

Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de hipertensión.

Metodología: Taller terapéutico. **Técnicas:** -Cine foro

Descripción: Se proyectó la película “Desafío a los gigantes” que muestra la vida de un entrenador de fútbol que salió adelante a pesar de las dificultades que se presentaban en su vida.

Resultados: Los miembros del grupo lograron relacionar el filme con el diagnóstico de la hipertensión, expresaban que en ocasiones habían deseado abandonar el tratamiento médico en vista que el diagnóstico no parecía mejorar, pero que una vez habían entendido que éste no tenía cura debían llenarse de paciencia y ser perseverantes para disipar los pensamientos negativos que en momentos surgían, además que era importante contar con el apoyo de un familiar para lograrlo.

Observaciones – interrogantes: La sesión pasada había dado un elemento importante para trabajar y éste era cómo los pacientes reconocían los síntomas de la hipertensión si éstos no eran

claros, se pudo haber ahondado en el tema durante esta actividad pero no se hizo.
-Se destaca el mensaje que queda tras el término del taller y es que más allá del tratamiento médico, la actitud que se asuma frente al diagnóstico es indispensable para generar una situación de bienestar

Actividad realizada: Previniendo el infarto y aprendiendo a controlar la ira
Objetivos: Orientar a los participantes sobre los síntomas del infarto y qué se debe hacer en caso de sufrir uno. -Compartir experiencias personales sobre la ira y algunos mecanismos de control
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de hipertensión.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Exposición Descripción: La estudiante de Trabajo Social realizó una exposición sobre la prevención del infarto a partir de la que se generó un conversatorio sobre dicho tema. Seguidamente a cada uno de los integrantes se entregó una hoja con un dibujo de una figura humana, dando la instrucción de pintar del color que desearan el lugar en donde sentían la rabia y se preguntó a cada uno sus mecanismos para controlarla. <u>(Anexo 9)</u>
Resultados: Los participantes de la actividad lograron reconocer un infarto por sus síntomas comentando situaciones que les habían ocurrido. Una de las integrantes comentó cómo una de sus hermanas había sufrido un pre-infarto y recordaba la angustia que había vivido porque no sabía qué hacer para ayudarla. Del mismo modo otra integrante comentó que había sentido en ocasiones dolores en el pecho y como no sabía identificar qué tan grave era, sentía angustia al pensar que quizá estaba sufriendo un infarto. Posteriormente representaron en el dibujo la ira, imaginando esta de color gris y rojo, mencionando que generalmente la sentían en la cabeza y las manos. A partir de ello indican que para controlar la ira es recomendable respirar profundo, otra participante menciona que tomar agua le funciona y uno de los participantes hombres indicó que cuando discutía con su esposa prefería salir de la casa a tomar aire y regresar más calmado.
Observaciones – interrogantes: La metodología que se usó no pretendía usar como estrategia atemorizar a los pacientes, es probable que la herramienta usada para ello no se ajustó a lo propuesto desde la metodología del grupo terapéutico, ya que lo que se hizo fue brindar información, ubicando al profesional en un lugar de experto. Cabe anotar que se realizó de dicho modo por decisión de ellos mismos. -En esta actividad sentí que hubiera sido preferible que un médico hubiera dado la información sobre la prevención del infarto, pues a pesar que como estudiante había estudiado previamente la información que iba a brindar, un médico, que es especialista en el tema lo hubiera hecho mejor. Faltó trabajar en equipo con otros profesionales.

Actividad realizada: Representando mi vida
Objetivos: Conocer la vida de los pacientes del grupo por medio de la representación de la misma en el pasado, presente y futuro.
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de hipertensión.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Collage Descripción: Se elaboró un collage que permitió a los participantes representar gráficamente su vida en el pasado, presente y lo que esperaban del futuro.
Resultados: Los integrantes del grupo compartieron sus historias de vida. Una de las integrantes comentó lo difícil que había sido su niñez y mencionó que la afligía mucho los problemas que en el momento estaba teniendo con sus hijas. Los demás compañeros que la escuchaban atentamente le brindaron apoyo emocional; uno de ellos relato cómo amaba ser sastre y algunos sueños que tenían para el futuro, relacionados sobre todo con posesiones materiales y vivir con tranquilidad.

En ninguno de los relatos se habló sobre hipertensión, pues no identificaban al diagnóstico como un asunto trascendente en sus vidas.
Observaciones – interrogantes: En la planeación de la actividad el interés de la propuesta que era el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento se volvió difuso, pues no se conectó lo trabajado en el taller con el diagnóstico, aunque sí se creó un espacio de apoyo emocional que era una de las intenciones del proyecto de intervención. -La relación entre los integrantes del grupo se fortaleció en esta sesión; como estudiante de Trabajo Social tuve que establecer límites para no empezar a “aconsejar” a los pacientes desde mi punto de vista personal. El profesional más allá de su conocimiento objetivo otorgado por la profesión, también está condicionado por su subjetividad, presentándose como un reto aprender a controlar las emociones.

Actividad realizada: Ejercitándome vivo mejor
Objetivos: Brindar a los miembros una tarde agradable, relajarse y mostrar la importancia del ejercicio en el cuidado de la salud
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de hipertensión. -Profesional de Terapia física.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Elaboración rutina de ejercicios Descripción: Se realizó una rutina de ejercicios de forma escrita e hicieron actividad física supervisada por el profesional de terapia física.
Resultados: Los miembros del grupo compartieron sus rutinas, mostrando algunos de los ejercicios que hacían en sus hogares y otros que habían aprendido en grupos a los que también pertenecían como el grupo del adulto mayor. Se evidencia que las caminatas, el ciclismo y los aeróbicos hacen parte de su rutina. Una de las participantes mencionó que había dejado de ir a un grupo al que asistía porque se burlaban de ella cuando no podía hacer los ejercicios, ello después de haber sido intervenida quirúrgicamente para mejorar su vista. Finalmente el terapeuta físico supervisó la jornada de ejercicios y mostró que algunos de ellos no implicaban mucho esfuerzo físico y se podían hacer fácilmente sin salir de la casa.
Observaciones – interrogantes: Siendo la segunda vez que como estudiante de Trabajo Social se trabajaba con el terapeuta físico, sentí de nuevo la poca articulación entre nuestras posturas, no quiere decir que la actividad no se realizó aménamente y que obtuvo buenos resultados, pero a mi parecer faltó unión de criterios y trabajo en equipo.

Actividad realizada: Mis motivos para continuar
Objetivos: -Conocer en qué momento desde que fueron diagnosticados hipertensos han deseado abandonar el tratamiento. -Resaltar los motivos y estrategias que han usado para continuar cuidando su salud
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de hipertensión.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Taller escrito Descripción: Se entregó a cada uno de los integrantes del grupo una hoja con dos preguntas, ¿Alguna vez ha sentido deseos de abandonar el tratamiento? ¿Qué lo ha motivado a seguir con éste? Posteriormente las respuestas se comparten y se realiza una reflexión.
Resultados: Se evidenció que el tomar pastillas en abundancia y el dejar de comer alimentos que son de su agrado pero perjudiciales para la salud, son algunas razones que en momentos los han llevado a pensar en abandonar el tratamiento. En cuanto a sus motivos para no abandonar éste, han tomado conciencia sobre los beneficios que trae cuidar la salud, expresando que la decisión de vivir bien está sólo en ellos y que para ello hay que seguir las recomendaciones médicas. Durante la etapa de devolución del taller se validaron este tipo de sentimientos, generando una

sensación de alivio en los pacientes que comentaban sentirse culpables cuando pensamientos de no continuidad surgían en sus mentes.
Observaciones – interrogantes: Cuando los síntomas del diagnóstico no son evidentes ¿De qué manera el paciente crea conciencia sobre la importancia de cuidarse? Generalmente en situaciones de enfermedad se busca la cura, pero cuando hay una sensación de bienestar general a pesar que el diagnóstico ya está presente ¿En qué punto el paciente decide cambiar su estilo de vida para cuidarse de un diagnóstico que no es evidente? -Como estudiante de Trabajo Social sentía que era complicado abordar temas de cuidado y adherencia al tratamiento con el grupo si no habían unas características contundentes del diagnóstico. La hipertensión estaba siempre latente y el paciente atendía las advertencias de los médicos. Comprendí que a diferencia del grupo de pacientes diabéticos, en el grupo de pacientes hipertensos se debe trabajar con un enfoque preventivo, evitando atemorizar al paciente mostrando los efectos negativos de la hipertensión, forma en que se hace desde el modelo clínico tradicional.

Actividad realizada: ¿Usted qué haría?
Objetivos: Reflexionar sobre las diferentes actitudes que han asumido los miembros del grupo ante el diagnóstico de hipertensión y las situaciones familiares que a partir de ello se han presentado.
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de hipertensión.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: -Estudio de caso Descripción: Se entregó a los integrantes del grupo una hoja con diferentes casos de personas con diagnóstico de hipertensión que atravesaban por diversas situaciones en su diario vivir, posteriormente contestaron qué pensaban del caso y qué aconsejarían a dichas personas. (Anexo 10)
Resultados: Los miembros del grupo lograron conectar los casos con sus vidas, expresaron que constantemente discutían con sus familiares por la manera como algunos de ellos se expresaban cuando los regañaban por no cuidarse, resaltando que de igual modo se sentían protegidos y amados. También relataron que era difícil compartir momentos en la mesa con la familia debido a que la dieta era diferente y resultaba incómodo que todos no comieran igual. Respecto a ello una de las integrantes explicó que sería bueno que en vez de que sólo ellos comieran diferente y saludable, toda la familia debería hacerlo para evitar el diagnóstico.
Observaciones – interrogantes: ¿El discurso del paciente está enmarcado desde el deber ser o realmente han apropiado este en sus vidas? Los casos que se propusieron para la reflexión fueron elaborados por la estudiante de Trabajo Social con base en algunas reacciones características del proceso de duelo que ya había identificado en sesiones anteriores.

Actividad realizada: Visita del grupo a compañera convaleciente
Objetivos: Fortalecer los lazos de cohesión y apoyar un miembro del grupo que lo necesita.
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de hipertensión.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: Visita domiciliaria Descripción: Se visitó a una de las integrantes del grupo que estaba en recuperación luego de haber sido intervenida quirúrgicamente.
Resultados: Después de haber cancelado esta visita anteriormente por algunos asuntos personales que los demás integrantes del grupo no podían dejar de atender, finalmente el grupo pudo ir a la casa de la compañera, fortaleciendo la cohesión grupal. En esta visita se conversó sobre el procedimiento quirúrgico al que ella había sido sometida (el Bypass gástrico)

mencionando que lo había hecho por cuestiones de salud, debido a que su sobrepeso era visto como un riesgo. Seguidamente una de las compañeras compartió arepas de soya que ella misma había preparado, indicando que era un alimento saludable, se comparte la receta y se comparten otras experiencias sobre cómo cuidar la salud.
Observaciones – interrogantes: ¿Contribuyó esta visita al cumplimiento de los objetivos del proceso de intervención? Ese fue el primer interrogante que me hice después de que la actividad había terminado pero después de reflexionar, veo que uno de los objetivos estaba orientado a “promover una red de apoyo social para que los pacientes que presentan una misma condición diagnóstica compartan sus experiencias y creen vínculos”, en este sentido, la actividad sí se justifica en el marco de la propuesta de intervención.
Actividad realizada: Soy hombre e hipertenso, soy mujer y yo también soy hipertensa
Objetivos: Contrastar el significado de la hipertensión de acuerdo a la perspectiva de género
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de hipertensión.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: Red semántica
Descripción: Cada uno de los integrantes tendrá que pensar cinco frases que complementen el enunciado “Los hombres hipertensos somos...” y “las mujeres hipertensas somos...” plasmando sus ideas en una cartelera, a partir de la que contrastarán el significado del diagnóstico desde la perspectiva de género.
Resultados: El diagnóstico de la hipertensión de acuerdo a la perspectiva de género no presenta mayores diferencias según lo visto en las exposiciones del grupo. Los hombres mencionaban que eran muy hogareños y no tenían ningún problema en cocinar y hacer otros oficios de la casa, del mismo modo consideraban que como hombres cuidaban su salud como era recomendado y no había ninguna diferencia respecto a las mujeres. Por su parte las mujeres del grupo consideraron que eran muy juiciosas para tomarse los medicamentos y atender las citas médicas, además que eran amas de casa pero también trabajaban.
Observaciones – interrogantes: Los roles tradicionalmente asignados a hombres y mujeres no se encuentran marcados en los integrantes del grupo, sin decir que estos resultados se pueden generalizar a toda la población hipertensa.

Actividad realizada: Sesión de cierre con el grupo de pacientes hipertensos.
Objetivos: -Finalizar los talleres terapéuticos llevados a cabo con los pacientes hipertensos. -Generar compromisos en los participantes para que continúen cuidando su salud. -Reconocer la disposición y entrega que los participantes han demostrado como miembros del grupo y con la adherencia al tratamiento
Actores: -Estudiante de Trabajo Social. -Pacientes con diagnóstico de hipertensión.
Metodología: Taller terapéutico. Técnicas: Ritual de cierre –Documentos terapéuticos (diplomas)
Descripción: La sesión de cierre fue planeada con anterioridad con los miembros del grupo, en ella se entregó a cada uno de los participantes, un diploma como documento terapéutico que contenía un mensaje personalizado en donde se resaltaban las características positivas de cada uno de ellos y se agradecía el interés y su participación en el grupo. Por medio del conversatorio se generaron compromisos para el cuidado de la salud.
Resultados: Por decisión de los miembros del grupo la sesión de cierre se realiza en el polideportivo municipal. Se comparten alimentos que fueron llevados por ellos y se conversa sobre la manera como seguirían cuidándose de ese día en adelante, indicando que continuarían tomando sus medicamentos y recordando cada una de las sesiones que habíamos tenido para aplicar lo que en ellas se había aprendido. Comentaban además que se sentían un poco tristes porque el grupo terminaba pero agradecieron el espacio y la oportunidad que se brindó para

conocer nuevos compañeros. Llegó la hora de entregar el documento terapéutico, un diploma con mensajes personalizados. Una de las integrantes mencionó que estaba muy contenta porque éste era el primer diploma que recibía en su vida, así que lo enmarcaría y lo pondría en un lugar muy especial en su casa. Los demás compañeros agradecieron el gesto. La Trabajadora Social en formación agradece a todos por su interés y compromiso y por haber construido esta experiencia juntos, finalizando la actividad y cerrando el proceso.

Observaciones – interrogantes: -Esta actividad fue la última dentro del proceso de intervención; como estudiante me sentía contenta por haber culminado el proceso pero me afligía el que ya no iba a volver a ver a los integrantes en el espacio del grupo terapéutico que se había conformado.

CAPITULO III

LA PEDAGOGÍA EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

Como fue mencionado en el capítulo anterior, el objetivo de esta sistematización es reflexionar sobre elementos pedagógicos que subyacen a la experiencia del proceso de intervención psicosocial para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión, ello quiere decir que la sistematización de la experiencia apuntó a reconstruir el proceso y reflexionar sobre el mismo pero desde un enfoque pedagógico.

Se podría pensar que analizar el proceso de intervención de Trabajo Social bajo el enfoque de pedagogía puede reducir las posibilidades de realizar un análisis más profundo, pero es importante aclarar que la pedagogía es un campo extenso que brinda múltiples posibilidades para interpretar la práctica profesional.

Bermúdez (2011) en su artículo *La reflexión pedagógica del Trabajo Social*, manifiesta que en muchos de los proyectos sociales en los que se insertan los trabajadores sociales se actúa desde el campo de lo simbólico, es decir, en la organización de relaciones, en las representaciones sociales, en la reinterpretación de los problemas, comentando que en la medida en que tales programas poseen, construyen, resignifican y retoman dispositivos metodológicos de intervención, hay una dimensión pedagógica que no todas las veces es explícita y que es bueno empezar a considerar.

Ciertamente el proceso de intervención que se llevó a cabo en el Hospital Francisco de Paula Santander con los pacientes diabéticos e hipertensos contiene un componente pedagógico importante, que no fue visibilizado mientras se desarrolló y que permite que ahora, una vez finalizada la práctica académica, se hagan notorios mediante este ejercicio reflexivo.

La pedagogía se refiere al “conjunto coherente de proposiciones que intentan describir, explicar en forma sistemática procesos educativos relacionados con la enseñanza y el aprendizaje humano” (Bermúdez; 2011: 3.).

Es evidente de este modo que existe una preocupación por la formación. Al poner el acento en la enseñanza, el aprendizaje y las estrategias del hecho educativo, la reflexión necesariamente se verá reflejada en una intervención, que incluida dentro del campo de la pedagogía es conocida como educación.

Se preguntará entonces por qué el proceso de intervención que se llevó a cabo en el Hospital Francisco de Paula Santander es considerado una acción educativa, para lo cual se puede decir que aquel proceso fue desarrollado en un tiempo y un espacio determinado, promovió una relación entre la tallerista y los pacientes, que en pedagogía es llamado la relación educador-educando en donde se presentaban procesos de aprendizaje en ambos sentidos; además existía una intencionalidad para iniciar, modificar, desarrollar o cambiar, el conocimiento, la conducta o la práctica, en este caso la adherencia al tratamiento, por medio del uso de metodologías grupales, participativas y terapéuticas que diferían de los modelos clínicos con los que tradicionalmente se previene y promueve la salud en las instituciones de salud.

La reflexión pedagógica incluye entonces diversos elementos que enriquecen el proceso de análisis de la práctica académica en vista que motiva al estudiante a formular interrogantes sobre la finalidad de la acción educativa, las concepciones de sujeto y desarrollo que se privilegian en ésta, en los métodos, técnicas y estrategias que fueron usados, los contenidos que fueron abordados y el tipo de relación que se promovió entre el educador y el educando.

Considerando lo anterior, la reflexión sobre los elementos pedagógicos que subyacen al proceso de intervención que se realizó con los pacientes diabéticos e hipertensos se llevará a cabo de acuerdo a los ejes que fueron planteados capítulos atrás, procurando que el análisis e interpretación de la experiencia se haga de forma ordenada y clara.

3.1 La cuestión metodológica

Para efectos de la sistematización de esta experiencia, cuando se habla de la cuestión metodológica se hace referencia a los siguientes aspectos:

- El paradigma que sustentó la intervención.
- La concepción de sujeto.
- Lo ético-político.
- Métodos y técnicas implementados.
- Contenidos abordados y formas de evaluación

Antes de profundizar en cada uno de estos elementos, es importante mencionar que de la metodología “se destaca el carácter de estrategia general que confiere orden y estructura a la intervención, agrupando principios teóricos, ideológicos, métodos y técnicas para conocer o actuar.” Cifuentes (citado por Gordillo, 2007).

Por ende se podría decir que confinar la metodología tan sólo al estudio del método es inapropiado, pues se desconocería que dentro de ella se evalúa otra gran cantidad de elementos que definen a su vez la manera como enfocamos los problemas, la forma en que buscamos respuestas a los mismos y la perspectiva desde la que miramos la realidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, primeramente se abordarán los elementos metodológicos del modelo clínico tradicional de educación al paciente para posteriormente realizar el análisis metodológico de la experiencia de intervención que fue realizada como parte de la práctica académica de Trabajo Social. En vista que resulta complejo separar cada uno de los elementos contenidos en la reflexión metodológica por su estricta relación, el escrito se realizará de corrido, aunque al final podrá encontrar una tabla comparativa de ambos modelos con cada uno de los elementos metodológicos debidamente especificados.

3.1.1 El modelo clínico tradicional de educación en salud

En las ciencias sociales existe una serie de paradigmas que sustentan tanto la investigación como la acción, dos de los más conocidos son el positivista que se sustenta en lo cuantitativo y el crítico social o dialógico que se sustenta en lo cualitativo.

La forma de abordar la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos en el Hospital Francisco de Paula Santander se enmarca claramente en la postura positivista, que se puede evidenciar en la forma como se concibe la realidad, la concepción de sujeto que manejan y la forma como abordan las situaciones que se presentan. El proceso de educación al paciente es orientado por la legislación colombiana que a través del Ministerio de la Protección Social dispone de una norma técnica para la prevención de enfermedades crónicas y el mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años, mostrando en su anexo técnico el grupo de actividades para el control y seguimiento de la hipertensión y la diabetes mellitus que deben ser cumplidas en el II y III nivel de complejidad para el manejo integral de los pacientes.

El acuerdo 306 de 2005 brinda las recomendaciones contenidas en la Guía de Atención de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la que se contempla la inclusión en el plan obligatorio de salud el subsidio pleno de los servicios o prestaciones de segundo y tercer nivel de complejidad necesarias para la atención ambulatoria de mediana y alta complejidad de este tipo de pacientes. Dentro del programa educativo que se implementa desde el Ministerio, se contempla la búsqueda de competencias en el paciente, como el conocer los aspectos generales de la enfermedad, comprender la relación entre dieta, ejercicio y glicemia, cuidar su higiene dental, de la piel y de los pies, aprender a prevenir, detectar complicaciones agudas y crónicas de la diabetes así como conocer las características de los medicamentos, su administración y riesgos.

Para el caso de la hipertensión arterial la misma norma establece que una vez confirmado el diagnóstico se debe proceder a inscribir al paciente en un programa de control o seguimiento continuo en el nivel I de atención, que se enfoque en la educación para la modificación de estilos de vida y en la información continua para favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico que se instaure.

Se puede observar que desde la norma colombiana se privilegia la educación al paciente, una educación que según los contenidos abordados y la forma como se lleva a cabo es de tipo informativo, dado que se comenta a la persona sobre su diagnóstico y todas las “instrucciones” que debe seguir para estar saludable. No quiero decir con ello

que este tipo de educación no sea importante, pero la forma como esta es llevada a cabo no involucra al paciente en sus procesos de comprensión de la enfermedad y tratamiento de la misma, además algunas de las recomendaciones que se brindan como el cambio de hábitos alimenticios y estilos de vida no contemplan la particularidad de sus experiencias de vida.

Algunos de los relatos de los pacientes recogidos durante el proceso de diagnóstico social evidencian cómo la adherencia al tratamiento puede ser interrumpida si el médico no tiene en cuenta la experiencia de vida del paciente, de este modo, cuando se preguntó a una mujer diabética si asistía a los controles de su diagnóstico ella contestó:

“Nada! Yo no asisto a nada de eso, lo dejo a la mano de Dios, allá en Comfenalco esa vez me pusieron una dieta muy que carne asada, que la pechuga, que esto y a veces no tiene uno para esa dieta, entonces prefiero no ir para que no me regañen”.

En cuanto a la relación que se establece entre el educador-educando, en este caso el médico-paciente, el modelo de educación tradicional es vertical, creando un vínculo autoritario en donde el educador, en este caso el médico, es el que sabe, piensa, opta y escoge sin tener en cuenta la realidad del paciente, convirtiendo a éste en un objeto pasivo, receptor de información, privado de su palabra y conocimiento y destinado a repetir, acomodarse y seguir las recetas e indicaciones del educador.

El término paciente en sí mismo implica pasividad, frente a esto Carl Rogers (1981) conocido por sus contribuciones en el área terapéutica, criticó el término porque no era congruente con su idea de terapia no directiva o centrada en la persona, dado que implicaba que el médico o terapeuta era el único que influía en la situación del sujeto y que éste por ende no podía decir lo que estaba mal, hallar formas de mejorar ni determinar la conclusión de la terapia por su cuenta, para lo cual optó por cambiar la palabra paciente por cliente.

En este sentido, cabe hacer claridad que el término paciente se adoptó en la intervención realizada y en la presente sistematización por ser parte del lenguaje que se utiliza en la cotidianidad del Centro de práctica y, aunque la concepción de sujeto que se manejó a lo largo de la experiencia reconoce la autonomía y la importancia de la participación de las personas, se admite que el haber usado dicha palabra sugiere una

postura directiva del Trabajador Social y una visión de las personas desde la carencia, que se opone al tipo de relación profesional que se pretendió establecer desde la propuesta de intervención.

La educación para la salud sin diálogo considera a la población como un balde vacío y pasivo, que debe ser llenado dándole lo que no sabe, reduciendo de esta manera el aspecto dinámico del proceso de enseñanza al dar un contenido que permanece igual a lo largo del proceso, dado que se desconoció la experiencia de vida como la verdadera fuente de conocimiento y aprendizaje. (García, 2001).

En entrevista al médico internista en el año 2012 se preguntó cómo se daba el proceso de consulta con los pacientes diabéticos e hipertensos, conociendo que

“Cuando el paciente diabético ingresa por ejemplo por primera vez, llega, se le hace un interrogatorio sobre si tiene algún síntoma relacionado con la diabetes, se evalúa la presencia o no de otras enfermedades, que tenga daño en otros órganos como el corazón, cerebro, hígado, etc; se mira qué tipo de riesgo cardiovascular tienen y se determina con nutrición, con fisioterapia, con la parte de tratamiento farmacológico y con los médicos del nivel I, la mejor estrategia para que esos pacientes puedan llegar a estar controlados o a tener una cura de su enfermedad. Con el paciente hipertenso lo único que cambia es como el objetivo nutricional, el paciente hipertenso hay que manejarlo con una dieta baja en sal, revisando que tenga la presión arterial controlada, o sea en metas, presiones menores o iguales de 120/80 y para eso nosotros mandamos los lineamientos de presión arterial, entonces revisar dieta, ejercicio y control del medicamento”.

Como se puede ver, los procesos de consulta médica no incluyen el diálogo con el paciente como elemento definitorio de las formas de cuidado que éste debe seguir, brindado por tanto una serie de recetas sin ayudarle a encontrar alternativas que faciliten la adherencia de acuerdo a su vivencia. La consulta entonces se restringe sólo a los factores biológicos, dejando a un lado lo psicológico, emocional y social.

Cabe resaltar que en ocasiones el equipo médico realiza un trabajo interdisciplinario con psicología, psiquiatría y Trabajo Social para tratar el impacto psico-emocional que genera el diagnóstico de la diabetes e hipertensión. Por ejemplo, la labor de la Trabajadora Social del Hospital Francisco de Paula Santander respecto a los casos de pacientes no adherentes es:

“Cuando los médicos detectan un paciente con diabetes e hipertensión básicamente solicitan la intervención de Trabajo Social cuando no hay adherencia al tratamiento, para que se eduque y se enfatice en estilos de vida saludables y de adherencia al tratamiento con ellos y con las familias, pero más que con el paciente lo primordial es intervenir a la familia porque normalmente es el cuidador el que se encarga de suministrar la droga, llevar a los controles y preparar los alimentos, porque en un alto porcentaje los hipertensos y diabéticos que consultan el hospital son adultos mayores, la población infantil es muy escasa y la población joven digamos que son más adherentes, es en la población adulta en donde hemos encontrado mayor dificultad, entonces ahí nos llaman es para hacer eso, para reforzar esa adherencia, cómo deben tomarse la droga, a qué hora se la deben tomar, por qué se la deben tomar, qué riesgos tienen si no se la toman y básicamente con el cuidador, obviamente el paciente también porque a veces es el paciente el que también se desordena, pero eso es lo que hacemos, educación”. (Entrevista a Trabajadora Social, 2014)

Vemos entonces bajo estas circunstancias que la labor de educación en salud no varía mucho de una disciplina a otra, siendo aquí importante anotar que en ocasiones el profesional ve limitado su hacer por las dinámicas institucionales que impiden o dificultan abordar al paciente de una manera distinta. También, aquellos límites entre la forma de intervención de una disciplina y otra se ven trastocados por las lógicas positivistas (normativas) interiorizadas y reproducidas por el personal de salud.

Según García (2001, 89), el educador en este marco social, pese a su “buena voluntad” tenderá a caer una y otra vez en una práctica en la que no existe la crítica ni el diálogo; por lo tanto enseñará a la gente a aceptar y encajar en la situación social para mantener el orden instituido. Puede ser que el equipo interdisciplinario tenga las mejores intenciones, pero el estar inmerso en esta dinámica institucional implica seguir una normatividad que no facilita que el proceso de educación del paciente se lleve a cabo de otra manera.

En muchas ocasiones la metodología que se usa desde el modelo clínico para la educación al paciente son las conferencias o charlas, que por lo general ocurren de forma unidireccional con preguntas desde el auditorio y respuestas correctas desde los profesionales. García (2001) considera que los temas que se transmiten cuando se habla de salud, tienen que ver con la descripción biológica o la patología de

determinadas dolencias, presentadas en diapositivas o películas que no tienen en cuenta el código usual de la población a la cual va dirigida, de esta manera no hay articulación entre teoría y práctica cotidiana que lleva a que se recuerde en un tiempo y luego se olvide, no se produce aprendizaje.

Sumado a ello, es notorio que en los programas de educación al paciente que brindan pautas de cuidado a las personas con el diagnóstico de una enfermedad crónica, se tiende a mostrar aspectos negativos de la diabetes e hipertensión como consecuencia de la falta de cuidado, esperando que por medio del temor ocurra la adherencia al tratamiento, un temor que se hace evidente al indagar por los significados que los pacientes otorgan a sus respectivos diagnósticos

“Dicen que la diabetes es como un cáncer y que con el tiempo le cortan los pies, lo amputaban y que por cualquier chuzón uno se infectaba” “La hipertensión es una enfermedad que si uno no se cuida se puede morir, por lo que hay que asistir al médico a los chequeos” (Pacientes diabéticos e hipertensos, 2014)

Al respecto, Robertis (2007: 320) menciona:

“Una prevención basada en la prohibición y en la amenaza del riesgo es poco eficaz, sobre todo cuando trata de temas en los que el “riesgo” es muy difuso y poco espectacular. Se quiera o no la noción de prevención se inscribe en una tradición negativa, con componentes muy individuales, no hacer esto, no hacer lo otro. Nosotros quisiéramos sustituirla por la noción de promoción de la salud, considerada a la vez como la realización de cada uno y de todos, como la reducción de las desigualdades y como la posibilidad ofrecida a cada uno de manejar las contradicciones de la vida sin afectar demasiado sus capacidades personales. Promover la salud puede ser permitir a cada uno realizarse en el placer, el deseo, la creatividad, y no simplemente luchar contra un cierto número de enfermedades”.

Hasta aquí se ha visto cómo desde el modelo clínico tradicional que se soporta en el paradigma positivista se aborda la educación para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos, analizando el tipo de relación que se establece entre el médico y el paciente, las formas que usan para tratar la falta de adherencia, así como un poco de la intencionalidad de su intervención. No se pretende desmeritar el trabajo de los médicos y el equipo interdisciplinario que basan su labor en este modelo, pues se reconoce que a pesar de algunos puntos que aquí se han

cuestionado, este tipo de educación también es importante y no hacerla, perjudicaría a muchos pacientes que por falta de información no controlarían su diagnóstico. Cabe decir además que este modelo ha tenido una larga trayectoria, por lo cual resulta difícil romper con él abruptamente; pero se abona que en este campo se han realizado esfuerzos que llevan a que hoy se pueda hablar del desarrollo de enfoques como el de la humanización de la salud.

3.1.2 Elementos metodológicos del proceso de intervención psicosocial de Trabajo Social con los pacientes diabéticos e hipertensos

Tradicionalmente la intervención profesional en Trabajo Social había estado orientada hacia la satisfacción de las necesidades básicas de las personas desde un enfoque carencial del problema o necesidad, otorgando al individuo un papel pasivo y desproveyéndolos de sus responsabilidades sociales y personales. Sin embargo los nuevos escenarios de alta complejidad social, política y económica que traen consigo la pobreza, la desigualdad, la exclusión y la injusticia social le plantea al profesional redimensionar y repensar su ejercicio profesional desde enfoques alternativos, propiciadores del desarrollo en los sujetos de potencialidades y niveles de autonomía, posibilitando la constitución de sujetos reflexivos, propositivos y de acción frente a su situación (García, González, Quiroz y Velásquez, 2009)

Lo anterior también se traslada al campo clínico, cuyos procesos de educación al paciente aún siguen siendo atravesados por posturas que no tienen en cuenta la voz de las personas. A raíz de ello, la propuesta de intervención que fue elaborada en el marco de la práctica académica de Trabajo Social tenía como intención presentar una alternativa a este modelo, siendo fundamentada a partir de los siguientes elementos:

La propuesta de intervención psicosocial para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión que se desarrolló en el marco de la práctica académica de Trabajo Social se fundamentó en el constructivismo, desde el que se afirma que el conocimiento no está por fuera del ser

humano dado que éste es capaz de conocer y de construir el mismo en una tensión dialéctica y creativa.

Desde el constructivismo el sujeto no es concebido como un objeto de estudio, sino como un ser humano portador de saberes, intereses y deseos, creador de significados y acción con sentido propio, en constante interacción e intercambio con el entorno que le facilita evolucionar y participar en la construcción y transformación de su realidad. (García y otros, 2009)

Los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión fueron acogidos bajo esta concepción durante el proceso de intervención, dado que se tenía la convicción de que ellos eran capaces de transformar sus prácticas en torno al tratamiento del diagnóstico a partir de sus propios saberes, lo cual implicaba iniciar un proceso en el que éstos se pudieran visibilizar, para trabajar con base en ellos en pro del fortalecimiento de la adherencia al tratamiento.

Para poder concretar aquellos planteamientos teóricos en una propuesta ejecutable, el papel que cumplió la supervisora de práctica académica fue indispensable, pues con su experiencia y experticia, sugirió que como estrategia metodológica se podía implementar el grupo terapéutico, que permitía combinar elementos del taller reflexivo con elementos de la terapia grupal. El grupo terapéutico facilitaba entonces la participación de sus miembros, propiciándose la expresión de asuntos personales por medio de actividades lúdicas y creativas, que favorecían la construcción de conocimiento conjunto a través del desahogo de experiencias personales.

García (2011) considera que en este tipo de modelos el proceso de enseñanza-aprendizaje tiende a la adopción o modificación de conocimientos, actitudes y prácticas de la población, con el fin de ayudar a la promoción, protección, recuperación o rehabilitación de la salud propia y la de los demás, a través del uso de medios que la comunidad dispone, en especial de su movilización activa de carácter participativo o el ejercicio del autocuidado.

No se trataba entonces de imponer comportamientos, sino de que cada persona pudiera tener una adaptación activa a la realidad y al mismo tiempo que intentara modificarla.

Los grupos terapéuticos que se conformaron con pacientes diabéticos e hipertensos, más allá de fortalecer la adherencia al tratamiento clínico, buscaban dar herramientas de manejo y apoyo emocional a los pacientes, además de promover redes de apoyo que les facilitara compartir experiencias.

Hasta ahora hemos visto los elementos que fundamentaron la propuesta de intervención, pero llevar este conjunto de intenciones y todo lo planeado a la acción generó una serie de tensiones que no podían pasar desapercibidas.

Una vez se presentó la propuesta de intervención a la profesional de campo, el primer interrogante que surgió fue por qué la propuesta no había sido diseñada para dar cabida a un mayor número de personas, pues desde el marco institucional se pensaba que al tener mayor cobertura el impacto sería más grande. En la entrevista que se realizó a la profesional de campo (2014), cuando se le pregunta sobre los aspectos que ella consideraba que pudieron haber sido distintos, comenta que

“Me hubiera gustado que los grupos fueran más numerosos porque nosotros tenemos una población muy alta de diabéticos e hipertensos y desafortunadamente esa propuesta tan interesante llegó a dos grupos pequeños, que obviamente para las personas fue interesante y a lo mejor así tenía que ser porque se lograba más espacio personal para que cada uno comentara y se convirtió en un grupo más íntimo porque eran menos personas, pero nosotros como institución si nos hubiera gustado que fueran un poco más grande los grupos porque hubiéramos podido llegarle a más gente, pero teniendo en cuenta que era como el primer ejercicio porque no se había hecho pienso que no podíamos haber pedido más, pero sí hubiese sido interesante”.

Si se consideran los planteamientos de Gutiérrez (1999) sobre el grupo terapéutico, menciona que el grupo debe estar conformado entre 8 y 12 integrantes en vista que se crea un ambiente de hospitalidad y confianza, algo que es más difícil de lograr cuando hay más personas, además si se tiene en cuenta que en el grupo se compartían

experiencias muy personales, el que hubiera poca gente facilitaba la expresión de las mismas.

Según lo relatado por un miembro del grupo de pacientes diabéticos (2014),

“He sido un poco como penosa o tímida, cuando hay mucha gente a mí no me gusta opinar o cosas así, pero en el grupo me sentía bien, sería porque no era tanta gente, porque todos eran muy chéveres, le prestaban atención a uno, me daba confianza para hablar”.

El que los grupos de pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión fueran pequeños tuvo como resultado que, además de que los miembros se sintieran cómodos compartiendo sus historias, la practicante de Trabajo Social pudiera desinhibirse de una serie de temores causados por hablar en público, permitiéndole actuar con mayor espontaneidad y prepararse para futuras experiencias con audiencias más grandes.

Sumado a ello, Ghiso (2004) menciona que desde el punto de vista cualitativo el conocimiento no se legitima por la cantidad de los sujetos estudiados sino por la cualidad de la expresión, explicando que la singularidad y la particularidad han sido desconocidas y deslegitimadas, alejando al sujeto de sus configuraciones de sentido diversas, diferenciadas y desiguales con el fin de imponer lecturas y contextos de sentido universales, homogeneizadores y dominantes.

El tamaño del grupo no se modificó, pero posteriormente la estudiante vivió una nueva tensión, esta vez sobre los contenidos que iban a ser abordados durante los talleres. Desde su inexperiencia lo primero que pensó fue cómo durante la carrera le habían enseñado elementos importantes del Trabajo Social, su historia, evolución, modelos de intervención, pero poco había escuchado algo referente al campo de la salud, llegando a la conclusión de que por más conocimiento que tuviera sobre los modos de hacer, para elaborar los contenidos de la intervención tendría que buscar la ayuda de un profesional que conociera del tema o estudiar por cuenta propia, justificando con esta forma de pensar aquellas intervenciones que son planeadas desde el escritorio sin tener en cuenta las necesidades de la población.

En momentos como estos el no tener a una persona que despeje las dudas del estudiante puede resultar contraproducente, pero por fortuna cuando se realiza la práctica académica se cuenta con la figura de la supervisora de práctica, quien a partir de procesos de reflexión conjunta le permitió ver a la estudiante que los contenidos o las actividades que se iban a realizar durante el proceso de intervención debían ser pensadas a partir de lo que la gente decía y que para ello desde un principio se había elaborado el diagnóstico social, además una vez se iniciaran los talleres, el grupo mismo iría ajustando los contenidos de acuerdo a sus opiniones y requerimientos.

Respecto a los talleres que fueron realizados con los grupos de pacientes diabéticos e hipertensos, no presentaré en detalle uno a uno en vista que estos fueron bien descritos capítulos arriba, pero si abordaré las técnicas que en ellos fueron implementadas. La reflexión individual, grupal, el collage, la exposición, el estudio de caso, la red semántica, el conversatorio y el video foro fueron las técnicas usadas a lo largo del proceso de intervención, las cuales activaban la expresión de los miembros del grupo, facilitando el hacer ver, hablar, recuperar, recrear y analizar los sentimientos, vivencias, formas de ser, creer, pensar, actuar y sentir en cuanto a la experiencia de vida y el tratamiento del diagnóstico.

Las técnicas retomaban la lúdica como componente que promovía la integración del grupo, la empatía, la confianza, la diversión y la creatividad, activando de este modo la expresión y reflexión de los sujetos.

Es importante resaltar que los talleres que se realizaban en el grupo terapéutico tenían una estructura. Al iniciar se proponía el tema del día, posteriormente se aplicaba la técnica que permitía al paciente visibilizar sus saberes para luego pasar a una etapa de socialización, análisis y construcción conjunta del conocimiento. La estructura del grupo terapéutico es la misma de los talleres reflexivos, de los que se retoma el encuadre, la construcción inicial, recolección de datos, plenaria y la devolución y aportes, con la diferencia que en éste sí se abordan asuntos personales. Dado esto, la forma en que se desarrollaba el taller promovía la participación de los pacientes, aquí la función de la tallerista no era de informar y educar unidireccionalmente, sino que servía como orientadora de las discusiones que se generaban.

Al respecto, los pacientes que hicieron parte de la experiencia comentan

“Las actividades me parecieron muy buenas, excelentes. Me gustó mucho la forma como se hacían, era una forma chévere de llevar las cosas, si alguien daba una idea el otro decía sí hagámosle, o sea, llegábamos todos a un acuerdo”

“Las actividades fueron muy chéveres no había egoísmo, todo era normal, no había contrapunto ni nada de eso, todos podían hablar y nadie criticaba lo que el otro dijera”

“Me sentí alegre de que uno iba a encontrarse pues con más gente enferma de lo mismo que tiene uno y que entonces ya hablábamos con el uno, con el otro, además de eso uno lleva una idea, otro otra”.

Hubo varias ocasiones en algunos talleres que se realizaron en los que surgió la preocupación sobre si se estaba rompiendo o no la dinámica de construcción participativa que se planteó en la propuesta, uno de ellos fue en el taller “conversando sobre la diabetes” en el que se presentó un video clínico informativo que mostraba las formas como debía aplicarse la insulina. Al terminar la actividad surgió la inquietud si con ello se había afianzado la postura de experto que se brindaba al tallerista, pero en un ejercicio de reflexión en la supervisión de práctica se llegó a la conclusión que la proyección del video había sido adecuada en vista que se había realizado al final del taller y como apoyo a los aportes de la tallerista.

Una vez se empezó a ejecutar el proceso de intervención para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos, la primera actividad que se realizó fue la convocatoria, que como fue explicado en capítulos anteriores falló por la forma como fue planeada, es decir, usando volantes y afiches que contenían la información pero no llamaban la atención, además había despersonalización en la invitación. Al respecto Robertis (2007: 300) comenta que:

“Para las invitaciones a la reunión, es bueno recordar que sólo se hallará respuesta en las personas previamente sensibilizadas o informadas. Y cuando la información no se dirige personal y nominalmente, sólo una minoría de personas contactadas se desplazará a la reunión (entre el 5% y el 10%). En una

intervención colectiva los Trabajadores Sociales obtendrán mejores resultados si privilegian las invitaciones por contactos personalizados. Asistirá un mayor número de personas si han sido informadas personalmente”.

Los pacientes atendieron el llamado de la segunda convocatoria que fue realizada por llamada telefónica, pero en las siguientes sesiones algunos dejaron de ir, reduciéndose el número de miembros a 6 en el caso de los pacientes hipertensos y a 8 en el grupo de pacientes con diagnóstico de diabetes. En este momento tuvo que tomarse la decisión, si se deseaba continuar dejando los grupos tal como estaban o si se invitaban a nuevas personas para que empezaran a formar parte de éste. La decisión fue tomada de forma conjunta, ambos grupos decidieron continuar como estaban, a pesar de que una de las reglas para la conformación del grupo terapéutico era contar como mínimo con 8 miembros, dejando la puerta abierta a otras personas que quizá estuvieran interesadas en unirse.

Después de la convocatoria y la consolidación del grupo, en la segunda fase del proceso se empezaron a realizar actividades que permitieron que los participantes se conocieran unos a otros y se lograra la cohesión grupal para trabajar conjuntamente en pro de los objetivos.

Una de las actividades que se llevó a cabo en esta etapa con los pacientes hipertensos fue “Representando mi vida” en la que a partir de la elaboración de un collage se pretendía conocer aspectos de la vida de los pacientes respecto a su diagnóstico, pero en el transcurso se perdió el objetivo en vista que no hubo conexión entre lo trabajado en el taller con el diagnóstico de hipertensión.

A pesar de ello se puede ver que las actividades que quizá para la tallerista y la supervisora de práctica fueron poco exitosas, para los pacientes fueron muy significativas, pues en entrevista a uno de los miembros del grupo cuando se le preguntó sobre la actividad que más recordaba contestó

“La que más me llamó la atención fue el día que tuvimos que hacer esa cartelera que tuvimos que poner sobre la vida de niños hasta ahora adultos, eso fue lo a que a mí me llegó al corazón, porque me vinieron muchos recuerdos de mi niñez”. (Entrevista a paciente hipertensa, 2014).

Posteriormente las actividades se focalizaron en lo que tenía que ver específicamente con el diagnóstico, aclarando que la metodología no era magistral en la que el paciente asume una postura pasiva y receptiva, sino que ellos mismos eran los encargados de construir conocimiento a partir de sus vivencias, pues todo aquello que tenía que ver con la aplicación de la insulina, los cuidados que tenían que tener con su cuerpo, los hábitos alimenticios y el estilo de vida, eran aspectos que tenían claros, pero por medio de los encuentros, se logró que los pacientes aceptaran su diagnóstico y sintieran el apoyo que sus compañeros les brindaban, sin descartar que a través de ellos se despejaron temores; por ejemplo, el grupo de pacientes diabéticos estaba conformado por aquellos que debían aplicarse insulina y otros que no, siendo un temor recurrente de estos últimos pacientes el que la enfermedad evolucionara hasta el punto en que ellos tuvieran que empezar a inyectarse este medicamento; a lo largo de varias sesiones los pacientes insulino dependientes comentaban sus experiencias en torno al uso de la insulina, dejando en claro que no había de qué preocuparse, que hacerlo no significaba estar muriendo o que se hubiera empeorado, incluso se compartieron nuevos lugares del cuerpo donde se podía aplicar la inyección, disminuyendo el temor de los demás participantes.

De ahí en adelante los talleres contribuían a las temáticas relacionadas al tratamiento de la enfermedad desde la perspectiva de los participantes; se generaban discusiones en torno a los hábitos alimenticios, las dificultades que existían para seguir la dieta, pero al mismo tiempo se brindaban alternativas de alimentación que contribuían al cuidado de su salud. Durante los talleres también se trabajó el diagnóstico en relación al paciente y su familia, reflexionando sobre las diferentes posturas que podían asumir sus miembros, así como las diferentes etapas por las que podrían atravesar antes de aceptar el diagnóstico, tales como la negación, el enojo, la evasión, la confusión, entre otras.

En vista de lo anterior, los encuentros más que enseñar a los pacientes sobre las recomendaciones que debían seguir para el cuidado de la diabetes, apuntaban a lograr la aceptación del diagnóstico, ya que aquellas “instrucciones” se las sabían de memoria, pero seguirlas era difícil, dado que no se había realizado un proceso que

permitiera al paciente aclarar dudas, identificarse y recibir el apoyo de otras personas con la misma enfermedad

Es también importante mencionar que la diabetes e hipertensión son enfermedades crónicas con sintomatologías distintas; la diabetes es más contundente, a diferencia de la hipertensión que es popularmente conocida como “la enfermedad silenciosa”. Cuando un paciente tiene cifras de azúcar altas empieza a sentir la descompensación en su cuerpo, diferente a los pacientes hipertensos quienes pueden tener la tensión arterial en cifras elevadas y no sentir nada, sólo hasta que el diagnóstico se complica al punto de causar enfermedades secundarias.

Puede ser que las características de cada uno de los diagnósticos impactó la importancia que los pacientes daban al grupo, evidenciándose en la dinámica que se generó dentro de los mismos; por ejemplo los pacientes diabéticos pocas veces faltaban a las reuniones y los contenidos que se abordaron en los talleres fueron más claros, se podía hablar de la insulina, el cuidado de los pies, entre otros temas, en contraste con el grupo de pacientes hipertensos en el que los niveles de asistencia fueron más bajos y los temas abordados fueron más difusos, en vista que el diagnóstico estaba latente pero no era evidente, restando quizá importancia a las sesiones que se desarrollaban dentro del grupo.

El enfoque preventivo sobresale en el grupo de pacientes hipertensos, quienes han asumido una postura de autocuidado por miedo a desarrollar otro tipo de complicaciones. Este temor se vio reflejado en uno de los talleres que se hizo dentro del proceso de intervención, “Previniendo el infarto y aprendiendo a controlar la ira”, que fue sugerido por el grupo de pacientes que consideraban importante tener información sobre dichos temas. Dicha actividad inició con una exposición hecha por la tallerista, rompiendo así con la dinámica de los talleres que iniciaban con elaboraciones del grupo, pero, en vista que era lo que los pacientes deseaban, se llevó a cabo de dicha manera.

Por último, un aspecto que es importante dentro de todo proceso de intervención y que fue poco desarrollado en la intervención llevada a cabo con los pacientes diabéticos e

hipertensos, fue el trabajo interdisciplinario, que permite a los profesionales trabajar en equipo, integrando distintas disciplinas académicas para crear nuevos conocimientos o formas de hacer.

Fueron diversas las ocasiones en las que la estudiante de Trabajo Social pudo haber trabajado en conjunto con un médico, un enfermero u otro profesional que le ayudaran a enriquecer el proceso de intervención que estaba teniendo lugar en el Hospital, pero ello fue un proceso que se vio limitado por la falta de tiempo de otros profesionales, quienes a pesar de tener la voluntad, no podían colaborar por la dinámica agitada que se vivía dentro de la institución.

Los profesionales de todas las disciplinas son expertos en una especificidad, como Trabajadora Social en formación por ende no lo podía conocer todo, pero a lo largo del proceso de intervención tocó aprender lo que no se sabía para brindar una orientación adecuada; siendo afortunada en que los temas que se trataban durante las sesiones no eran muy clínicos y se partía del saber cotidiano.

A pesar de ello se trabajó interdisciplinariamente con el profesional de terapia física en dos ocasiones durante la actividad “Ejercitándome vivo mejor”, que intentaba mostrar a los pacientes la importancia del ejercicio en el cuidado de la salud. A pesar de ello, la integración metodológica entre Trabajo Social y terapia física no pudo ser bien apreciada, en vista que el fisioterapeuta inició la actividad usando el modelo clínico tradicional, brindando información a los pacientes quienes sólo escuchaban. La función de la Trabajadora Social aquí fue de dinamizar la participación del grupo pero la articulación entre ambas disciplinas no fue muy notoria, quizá por la falta de coordinación antes del desarrollo de la actividad, dado que no se propició un espacio para planear conjuntamente la intervención en el que la estudiante hubiera podido darle a conocer a su colaborador la metodología que guiaba el desarrollo de los talleres terapéuticos. De todos modos la actividad fue enriquecedora pues, entre otros aspectos, permitió que los miembros de los grupos identificaran los lugares en los que se podía hacer ejercicio en su propio contexto.

En resumen fueron diversas las tensiones que se vivieron a lo largo del proceso de práctica académica y el proceso de intervención con los pacientes diabéticos e hipertensos, que consistían sobre todo en el ir y venir de la estudiante respecto a si la forma como se estaban desarrollando las actividades estaban bien enfocadas en cuanto a la perspectiva metodológica que fundamentaba el proceso de intervención, de todos modos, la orientación brindada por la supervisora de práctica, las habilidades que progresivamente fue desarrollando la estudiante y la misma dinámica que se manejó en el grupo, permitió que el proceso culminara de la mejor manera.

Cuadro 5. La cuestión metodológica desde el modelo clínico y el modelo desarrollado en la propuesta de intervención de Trabajo Social

Elementos de la cuestión metodológica	Modelo clínico tradicional	Modelo implementado en el proceso de intervención de Trabajo Social
-Paradigma que sustenta la acción (El paradigma es el esquema a partir del que se concibe la realidad)	Positivismo	Constructivismo
-Concepción de sujeto	Pasivo, receptor de información.	Activo, protagonista del proceso y responsable de sus acciones.
-Lo ético-político (Referido a la intencionalidad de la intervención)	Estructura vertical dominante de donación de saber de parte del profesional al paciente.	Modificación de conocimientos, actitudes y prácticas a través del uso de los medios que la comunidad dispone para movilizar el carácter participativo y el ejercicio del autocuidado.
Métodos y técnicas implementados	-Consultas médicas -Charlas informativas	-Grupo terapéutico -Talleres reflexivos
Contenidos abordados	-Control de la glicemia y la tensión arterial -Cuidado de la piel y los pies -Detección de	-Significado del diagnóstico para el paciente -Alternativas de cuidado construidas por los pacientes

	complicaciones agudas - Características de los medicamentos y su administración	-Naturalización de sentimientos causados por el diagnóstico -Dinámicas entre el paciente y la familia a partir del diagnóstico.
Formas de evaluación	Chequeos médicos, medición de la presión y la glicemia	-La evaluación es participativa, se indaga sobre los elementos que se quieren profundizar y lo que se puede cambiar.

Fuente: Sistematización de la experiencia de intervención psicosocial con pacientes diabéticos e hipertensos.

3.2 La relación Trabajador Social- Paciente (educador-educando)

Otro aspecto importante dentro de la pedagogía es la relación educador-educando, que ha sido llamada de diferentes formas dependiendo del enfoque que se use para realizar dicha reflexión, entre ellas la relación investigador-objeto investigado o la relación sujeto-objeto. Para propósito de esta sistematización entonces, se considera como educador a la estudiante de Trabajo Social y como el educando a los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión.

Epistemológicamente la relación investigador-objeto investigado indaga sobre la forma como la persona se acerca al conocimiento, la cual dentro del paradigma positivista ocurre de forma objetiva, sin el involucramiento de subjetividades, que son vistas como obstáculos que imposibilitan tomar distancia y producir conocimiento científico.

Desde la pedagogía, dependiendo de cómo se lleve la relación educador-educando ocurre el proceso de aprendizaje. En aquellos modelos en los que el educando es considerado como un “objeto” desprovisto de historia y capacidades para actuar sobre la misma, el proceso de aprendizaje es poco efectivo en vista que no se logra hacer la relación entre “el contenido de la enseñanza” y la realidad, además si la relación que se establece es autoritaria, la persona que queda en el lugar de experto siempre conocerá

la verdad y tendrá la razón, opacando las concepciones que el paciente o el educando tiene sobre dicho tema, en este caso, los diagnósticos y su tratamiento.

En contraste a este tipo de relación, en el proceso de intervención psicosocial que se llevó a cabo con los pacientes diabéticos e hipertensos la relación entre el educador-educando tendía más a la horizontalidad y era más cercana; primero porque se concebía al “objeto” como un sujeto, reconociendo sus experiencias de vida y segundo porque los roles de educador-educando no eran tan marcados.

Si bien en la figura del educador se ubica a la estudiante de Trabajo Social y en la de los educandos a los pacientes, el proceso de aprendizaje no se daba en una sola vía, pues en este proceso que tuvo lugar en el hospital, tanto la tallerista aprendió de los miembros del grupo como ellos de la estudiante.

En el proceso de intervención los educandos eran los protagonistas dado que a partir de sus saberes se creaban alternativas para enfrentar el diagnóstico, un saber que era propio y no impuesto por la figura del profesional o experto. El rol de la tallerista por tanto se centraba en orientar las actividades y devolver de forma organizada aquellos elementos que el educando había elaborado de forma inestructurada, lo cual desde la perspectiva constructivista es mucho más importante que brindar información, desprovista de diálogo y participación.

Al indagar sobre cómo era la relación que los pacientes tenían con la tallerista, esto fue lo que algunos de los miembros del grupo respondieron

“Muy buena, yo me sentí bien, cuando iba yo decía ella es muy formal con uno, ella digamos que cuando nosotros íbamos usted era a toda hora la misma con todos nosotros, usted no ha cambiado, de que con el uno diferente y con él no, no, todos perfectamente igual, eso me hizo sentir bien a mí” (Entrevista realizada a paciente diabético 2014)

“Usted se ganó las personas con su manera de ser, porque explica las cosas muy bien y es una niña muy atenta y todo eso, aprendí mucho de usted y con los talleres, usted fue como una compañera” (Información extraída de la técnica interactiva “Reconstruyendo mi experiencia en el grupo terapéutico, 2014).

Aquí se puede ver que la relación entre la tallerista y los pacientes (educador-educando) era cercana, pues más allá de la forma como se abordaban los temas, la personalidad del “profesional” también definía la forma en como ésta se daba.

No en todos los procesos de aprendizaje se genera empatía, pero en este proceso sí ocurrió, no sólo por la amabilidad atribuida por los pacientes a la estudiante, sino además por la disposición y formalidad que ellos mismos demostraron. Es importante resaltar que los miembros del grupo asistían a los encuentros sin recibir ningún tipo de incentivo económico o material, rompiendo con el imaginario de que las personas dejan de vincularse a los procesos de intervención porque sus expectativas van directamente relacionadas a obtener algún tipo de beneficio material; en el caso de los grupos terapéuticos por el contrario, los miembros contribuían no sólo con ideas para la toma de decisiones sino compartiendo alimentos aun cuando no se habían comprometido previamente para ello.

A pesar que la relación que se generó entre educador-educando no pretendía ser vertical y autoritaria, sino por el contrario horizontal y participativa, existían ocasiones en que pareciera que el “profesional” no pudo ser desligado de su rol de “experto”, pues a pesar que la relación entre la tallerista y los pacientes fue empática y cercana, algunos de ellos manejaban una percepción distinta de la misma, que se pudo evidenciar en el ejercicio de la colcha de retazos que se realizó con los pacientes diabéticos en donde uno de sus miembros dibujó a la tallerista parada en una piedra explicando que lo había hecho de esta manera porque ella era la “que sobresalía, la que mandaba”. (Anexo 11)

Aquí entra a jugar un papel importante las representaciones, dado que a aquel rol de “profesional” que ha sido socialmente construido, se le han atribuido características de “superioridad, mayor conocimiento y verdad” que definen a priori a la persona que lleva este título, lo que dificultó que el paciente percibiera de manera distinta a la tallerista y pudiera construir un significado de “profesional” con nuevos atributos, como el de “guía, orientadora, facilitadora”.

Por otra parte uno de los temores que tenía la estudiante una vez se conformaron los grupos era que por el hecho de ser muy joven, los pacientes cuyas edades oscilaban entre los 45 y 62 años, no se mostraran interesados en la propuesta de intervención y abandonaran el proceso, dado que comúnmente se tiende a pensar que la persona joven “no sabe nada” o “es poco seria”, pero a partir de la experiencia de los grupos terapéuticos se pudo demostrar que dicha concepción no se puede generalizar y que la edad realmente no guarda relación directa con el éxito o fracaso de un proceso.

De otro modo, es importante resaltar que la relación entre la tallerista y los pacientes iba evolucionando con cada taller, al principio los miembros del grupo eran tímidos y poco participativos, como orientadora de los talleres la estudiante también se sentía nerviosa y el trato era bastante formal, algo que fue cambiando con el desarrollo de las actividades, que permitían que los integrantes se conocieran más y creciera la confianza entre ellos.

Es difícil también pretender dejar a un lado la experiencia personal a la hora de orientar los talleres, a veces se cree que el profesional debe limitarse a hacer su trabajo y bloquear sus emociones, pero en este proceso se comprobó que ello era casi imposible, pues en la medida que la intervención se presenta en forma de diálogo y se comparten experiencias que son muy cotidianas, la tallerista se podía ver reflejada en los relatos de los pacientes. No quiere decir que involucrar sentimientos y la historia de vida esté mal, pues si recordamos la postura desde la que nos posicionamos, la subjetividad es un elemento presente en los procesos de intervención, por tanto, el que en el grupo se lograra interrelacionar subjetividades enriqueció el proceso de aprendizaje.

En resumen, en el proceso de aprendizaje entre la practicante de Trabajo Social y los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión se procuró establecer una relación de iguales, en donde el conocimiento del educador no prevaleciera sobre el conocimiento del educando, en donde se respetara la experiencia personal y se construyeran conjuntamente alternativas para la adherencia al tratamiento, a pesar de ello, según la percepción de algunos miembros del grupo se identificó que es difícil desligar al profesional de su figura de experto, dado que son representaciones que han

sido construidas y validadas en la sociedad y son difíciles de cambiar de un día para otro. A pesar de ello las representaciones pueden ser reconstruidas y a ello de algún modo se le apuntó durante el proceso de intervención llevado a cabo con esta población, pues se presentaban interacciones entre educador-educando que en algunas ocasiones eran complementarias y en otras eran simétricas, sin llegar a la invalidación del conocimiento del otro ni de su exclusión.

CAPÍTULO IV

EL PROCESO DE INTERVENCIÓN DESDE LA VOZ DE LOS ACTORES

En este capítulo se expondrán las percepciones que construyeron sobre el proceso de intervención los actores del mismo, entre ellos los pacientes que conformaron el grupo terapéutico de diabetes y el de hipertensión, la profesional de campo y la estudiante de Trabajo Social.

Para conocer lo que pensaban cada uno de los actores se aplicaron una serie de técnicas, entre ellas la entrevista semi-estructurada que se aplicó a dos pacientes con diagnóstico de diabetes, dos con el diagnóstico de hipertensión, a la profesional de campo y la colcha de retazos, cuya convocatoria se llevó a cabo en marzo del 2014 por medio de la llamada telefónica, que fue atendida por 4 personas del grupo de pacientes con diagnóstico de diabetes y tan sólo una del grupo de pacientes hipertensos. En vista que la primera convocatoria para el grupo de pacientes hipertensos no tuvo resultados deseables, se volvió a realizar por medio de invitaciones elaboradas en forma de rompecabezas (Anexo 12), siendo atendida esta vez por tres de sus miembros. Aquellas invitaciones fueron entregadas personalmente por la estudiante de Trabajo Social quien se dirigió a la casa de cada uno de los pacientes para repartirlas.

La entrevista estaba estructurada con preguntas que permitían indagar sobre tres momentos referidos al antes, durante y después de la experiencia del grupo terapéutico. En cuanto a los pacientes diabéticos mencionaron que antes de ser diagnosticados no tenían mayor conocimiento sobre el significado de dicha enfermedad, explicando que

“Pues antes de tenerla no sabía nada, a mí nunca me habían explicado nada. Prácticamente en mi casa como no había diabéticos ni nada nunca le había parado bolas... en la radio si decían que la diabetes era como un cáncer y que con el tiempo le cortaban los pies, lo amputaban a uno, que por cualquier chuzón se le infectaba” (Entrevista a paciente con diagnóstico de diabetes, 2014).

Los pacientes hipertensos (2014) por otra parte indicaron que

“Pues me daba cuenta que era una enfermedad silenciosa, que pues si uno no se cuida se podía morir, porque tenía que asistir pues al médico a chequeos, eso era lo que me daba cuenta, además mis padres sufrieron de eso y murieron de eso, entonces ahí fue cuando ya me vine a dar cuenta que es bastante peligrosa”.

Se ve entonces que el temor atraviesa las concepciones de ambos pacientes, ya que el significado que otorgan a sus diagnósticos de diabetes e hipertensión respectivamente son relacionados con la pérdida de la condición de salud y la muerte.

Respecto a la forma como empezaron a controlar el diagnóstico una vez se enteraron que tenían el mismo, mencionaron que empezaron a seguir las recomendaciones médicas que incluían tomar medicamentos, asistir a los controles y modificar el estilo de vida

“Ya tenía que cuidarme y que ya no podía comer mucha harina, ni grasa, ni nada de esa vaina, que tenía que seguirme cuidando, y como él (médico) me mandó una dieta y yo la seguí un poco de días, que por la mañana tomaba café con leche y unas dos galletas de soda, tostadas o pan integral y yo casi no comía... ya no bebía tanto, ya ahora dejé eso” (Entrevista a paciente diabético, marzo 2014).

“Me mandaron fue una dieta y bajar la grasa, si comer comidas así muy livianas de grasa, de sal y toda esa cuestión, mermarle al dulce también. A veces lo hago pero a veces se me salta la chispa y sigo comiendo normal a ver si vuelvo otra vez y nivelo el alimento. La dieta es rigurosa y uno no está acostumbrado a desayunarse con un vaso de jugo sin dulce y una tajada de pan, eso a las nueve ya está uno con hambre otra vez y para las nueve comerse una tajada de papaya o mango, cosas así, entonces uno siempre está acostumbrado a su desayuno pesadito.” (Entrevista a paciente hipertenso, marzo 2014).

En cuanto a lo que habían pensado cuando se realizó la convocatoria en el Hospital Francisco de Paula Santander algunos indicaron que se habían asustado porque habían recibido la llamada del hospital y pensaban que les iban a dar una mala noticia, pero que una vez conocieron de qué se trataba la experiencia pensaron

“Yo dije qué chévere uno escuchar, aprender más cosas, tu manera de ser; entonces yo llegué y le dije a mi esposo “ve papi mirá que la reunión a la que nos citaron al hospital, mira que la muchacha es así y asá, la manera de ser de ella

es muy chévere y nos expresa mucho las cosas sobre la diabetes y nos explica muchas cosas que aún nosotros no sabíamos” y me gusta porque es un grupo donde uno va a aprender muchas cosas, va a ver películas, cosas así. Él dijo “ah bueno”, entonces los días que había que ir (a las sesiones grupales) él sabía que no me comprometía para ninguna otra cosa”. (Entrevista a paciente con diagnóstico de diabetes, 2014)

“No pues lo máximo como dicen los muchachos, bien porque pues fueron personas que eran muy, o sea, nos entendíamos, hablábamos todos, me pareció muy bueno, uno va a tener comunicación con personas que no conoce, va a conocer ellos como empezaron con la presión también como les empezó, la vida de ellos, porque eso fue lo que también, nosotros aprendimos a conocernos entre todos” (Entrevista paciente hipertensa, marzo 2014).

Se puede ver hasta aquí que los pacientes antes de ser diagnosticados con diabetes o hipertensión conocían poco sobre la enfermedad o habían escuchado sobre las consecuencias negativas que ésta traía a la salud y el cuerpo. También se evidencia que la concepción que tenían del hospital era relacionada con enfermedad o “algo malo”, razón por la que se mostraron sorprendidos cuando recibieron una llamada que los invitaba a una reunión que se realizaría en dicho lugar, una concepción que cambió positivamente una vez conocieron de qué se trataba la experiencia.

Cuando se preguntó sobre lo que hacían en el grupo los pacientes comentaron que

“Pues llegábamos, saludamos y todo muy chévere con todos los compañeros, nos tratábamos, conversábamos muchas cosas. A veces cuando comenzamos fue con las yerbas, que yo me tomo tal agua, que yo me tomo tal otra, la otra que no que esa a mí no me hizo bien, comenzamos con esa. Después con la película que nos pusimos a verla y nos pusimos a hablar como era eso de la diabetes y todo eso” (Entrevista realizada a paciente diabética, marzo 2014).

“Tiene uno con quien dialogar y conversar de los problemas y tanta vaina que uno ya con una enfermedad como la que tenemos nosotros, necesitamos es dialogar y tener un apoyo”. (Extraído de la actividad la colcha de retazos con pacientes diabéticos).

“La profesora nos saludaba, empezaba a preguntar cómo nos había ido, empezaba ella a “hoy vamos a tratar sobre tal tema” y ya empezábamos pues cuando nos tocaba que leer, salir al tablero, dibujar y después hablábamos” (Entrevista realizada a paciente hipertensa, marzo 2014).

Dentro de las actividades que más recuerdan están

“Pues a mí la verdad me gustaron todas, me parecieron muy chéveres y aprendí muchas cosas de ellas, pero en sí la que más me gustó fue la del deporte, la que fuimos a esa salida, la de san Pedro, la película (el video que se proyectó sobre cómo aplicar la insulina) que aprendí muchas cosas, que no lo he llegado a hacer pero aprendí cómo se inyecta uno y todo eso” (Entrevista a paciente diabética, marzo de 2014).

“La que más recuerdo fue la caminata que fuimos a hacer allá abajo donde la compañera que se enfermó, que fuimos a caminar por allá, ese día estuvimos bien chévere, anduvimos por allá, comimos queso de soya, mejor dicho muy sabroso estuvimos ese día” (entrevista a paciente hipertenso, marzo 2014).

“Yo por lo menos en mi vida nunca había recibido un diploma y me dice mi hija - uyy mami, Universidad del Valle, todavía nosotros no hemos pasado por allá y usted ya tiene un diploma- porque yo ni a la escuela alcancé a ir, y yo lo tengo ahí en la casa al lado del diploma de grado de mi hija, para mí ese día que recibimos el diploma fue importante”. (Extraído de la colcha de retazos con el grupo de pacientes hipertensos, 2014).

De otro modo, en cuanto a la relación que tenían con los compañeros consideran que

“Era buena porque uno ya se va haciendo amigos, con todos hablábamos y de ver que la situación de nosotros que todos teníamos lo mismo pues nos sentíamos bien, uno ya llega al punto en que uno se siente bien así esté enfermo... a uno le daba ánimo conversar con todos lo mismo, además de eso ninguno se estaba quejando, sino que todos hablábamos bien, entonces pues todo eso le llama la atención a uno” (Entrevista a paciente diabético, marzo 2014)

“También me sentí segura, me sentí bien con ellos. Son unas personas que uno llega y no lo reparan, porque hay muchas personas que uno llega y de pronto hacen comentarios de que uno sale y las cosas que uno saca, no, yo los vi que me escuchaban, que no juzgaban, porque hay mucha gente que dice cosas, ellos me escuchaban lo que yo decía, mis problemas, y nunca me hicieron sentir mal (Extraído de la actividad la colcha de retazos con pacientes hipertensos).

Se puede ver que durante la experiencia los pacientes se sintieron a gusto con las actividades que se realizaron y con la dinámica que se generó en el grupo, sobretodo porque les permitió compartir aspectos de la diabetes, la hipertensión y otras situaciones de la vida cotidiana con personas que tenían el mismo diagnóstico y que comprendían lo que en el grupo se expresaba.

Después que terminó el grupo los pacientes no volvieron a reunirse pero eventualmente algunos de sus miembros se encuentran en lugares como la galería o la iglesia, entablando conversaciones cortas sobre el transcurso de sus vidas.

Sobre los aprendizajes de la experiencia mencionan lo siguiente

“Del grupo aprendí muchas cosas más fuera de las que yo ya sabía, de que era un grupo muy unido, daba muchas ideas, de que ya no somos tres, cuatro diabéticos, ya somos un poco, que el azúcar hay veces que se le sube a uno en diferentes maneras, que a unas les da borrachera, que a otros no, a mí no me da nada, que a la otra le da mucho sueño, aprendí mucho de ellas. Por lo menos a mí me diera sueño entonces yo diría “es el azúcar que se me está elevando mucho porque ya vi que unos compañeros decían que a ellos los dopaba mucho el sueño”, que si tengo borrachera ya sé de qué pueden venir, pueden venir del azúcar aunque a mí no me han dado... El grupo me aportó más sabidurías porque sinceramente yo no las he vivido pero yo ya aprendí de ellos” (Entrevista a paciente diabética, marzo 2014).

“Aprendí primero que todo a cuidar mi salud, que hay que llevar un éste para estar uno sano, aprendí a ser como más unida con la gente porque casi no me ha gustado como tener unidad con otras personas, era una persona muy sola, me gustaba la soledad y eso me hizo sentir bien, me sirvió a mí para mi enfermedad, que gracias a Dios me siento ahorita muy bien. El grupo me permitió estar relacionada con otras personas y lo escuchan a uno a pesar de los sentimientos que uno tenga (Entrevista paciente hipertensa, marzo 2014)”.

“Compartimos mucho de nuestra vida, compartimos cosas favorables, que sufrir de la presión no es una enfermedad, sino que hay que saberla llevar porque así es que se sale adelante, para mi estas charlas fueron muy buenas y lo que yo aprendí en el grupo lo comparto con otras personas que también sufren de la presión” (Extraído de la colcha de retazos con pacientes hipertensos)

Se tiene entonces que con el grupo terapéutico se cumplió con los objetivos que se habían planteado en la propuesta de intervención, pues más allá de reforzar elementos del diagnóstico que permitieran fortalecer la adherencia al tratamiento, usando por supuesto metodologías participativas, los pacientes encontraron en el grupo personas con sus mismos diagnósticos con las cuales podían hablar de cualquier tema, expresar sus sentimientos y sentirse apoyados.

Por último en relación a lo que pudo haberse mejorado durante la experiencia, los pacientes indicaron

“De pronto cuando no me gustaba era cuando me tocaba que escribir porque pues yo casi no sé escribir, entonces ahí me sentía mal porque los compañeros escribían y todo y yo pues me quedaba atrás por eso, fue como dos veces no más, pero de resto me sentí bien” (Extraído de la colcha de retazos con pacientes hipertensos).

“Sería chévere lo mismo y con más salidas como con cosas así, ser más recreacional, de resto todo me pareció muy bien” (Entrevista a paciente diabética, marzo 2014).

“De pronto que hubiera sido más largo, que se hubieran hecho más actividades, que hubiera habido más tiempo, de resto todo quedó bien” (Extraído de la colcha de retazos con pacientes hipertensos).

Se ve que en general la percepción que los miembros del grupo terapéutico tuvieron sobre la experiencia de intervención fue positiva, pues recuerdan lo que se hizo durante las actividades con agrado y los aprendizajes son significativos, pudiendo por tanto decir que la práctica académica de Trabajo Social realizada con esta población en Hospital Francisco de Paula Santander fue exitosa, a pesar de las dudas y angustias que la tallerista presentó a lo largo de la experiencia.

Habiendo reconstruido hasta aquí el proceso de intervención desde el punto de vista de los pacientes, se pasará a mostrar lo que la profesional de campo, es decir la Trabajadora Social del Hospital piensa respecto al proceso de intervención psicosocial que se realizó con pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión.

En cuanto a sus expectativas cuando se propuso tratar el tema de adherencia al tratamiento con pacientes diabéticos e hipertensos, esperaba que la población mejorara sus condiciones de salud porque se había entendido la dinámica del diagnóstico, por tanto una vez conoció la propuesta elaborada por la estudiante consideró que

“Me parecía que era acertada, centrada en lo que se puede hacer en un espacio tan corto de tiempo, porque sabemos que los procesos grupales son lentos, más con una población adulta mayor que fue la mayoría de los asistentes, con una población de unos niveles educativos tan bajos, de unas dificultades económicas altas para

movilizarse, entonces pensamos que la propuesta era acertada para el tiempo y creíamos que podía contribuir en ese proceso de salud-enfermedad”

En relación a la metodología que se implementó mencionó

“Me parece que la respuesta fue positiva, se logró que se conformara el grupo y se mantuvo hasta el final cuando ya se logró esa adherencia, los usuarios entendieron y aprendieron y fueron receptivos, significa que la metodología funcionó, uno de los tantos métodos del taller reflexivo donde la gente a partir de lo que sabe y de lo que ha aprendido comparte con otros y se le retroalimentan aquellas cosas que no estaban tan bien aprendidas y que había que desaprenderlas, yo creo que ese ejercicio fue interesante y creo que se logró”.

Sobre su participación en la planeación y ejecución de la propuesta

“Básicamente organizándole la logística a la estudiante, dándole los datos de pacientes, dándole ideas de cómo convocar, abriéndole los espacios en la institución, respetándole sus espacios una vez creados, abriéndole los espacios a los usuarios cuando necesitaban los servicios ya clínicos y que se le diera prioridad por ser del grupo, entonces cualquier cosa nos comentaba y tratábamos de resolverle. Dándole autonomía a la estudiante para que diseñara su propio proyecto y lo ejecutara, que fuera un proceso muy autónomo de aprendizaje donde nosotros no nos involucramos como a interrumpir el proceso, dejamos que lo liderara, que lo llevara adelante”.

En cuanto a la dinámica que se generó en los grupos la Trabajadora Social comenta

“Observé que el grupo se cohesionó, entiendo que hubo mucho respeto hacia el otro paciente dentro de los ejercicios, entiendo que sus historias de vida fueron muy tenidas en cuenta y muy consideradas y sí, muy respetadas, que el grupo fue participativo, que el grupo fue muy abierto y que establecieron lazos de amistad por fuera del grupo, que lograron ser solidarios, ir a visitar al que estaba enfermo y decidieron crear otros espacios por fuera de la institución para recrearse, para compartir; quiere decir que la gente y la dinámica fue positiva en los grupos, se sentían a gusto, se sentían cómodos al interior del grupo y eso es muy importante”

Cuando se indaga sobre lo que ella considera pudo haber sido distinto explica que le hubiera gustado que los grupos fueran más numerosos para impactar a un mayor número de la población diabética a hipertensa que consulta el hospital, pero al mismo tiempo rescató lo que se hizo en el proceso, explicando además

“El proceso dejó una semilla, hay que seguir trabajando, seguir educando, que todo lo que haga uno en pro de la educación de la gente, de la comunidad siempre tendrá resultados positivos, grandes o pequeños pero tendrá resultados, hay la expectativa de que lo volvamos a retomar y hay que hacerlo, sembró la semilla, pero de pronto toca hacerlo con nuevas personas porque la idea es que esos grupos queden sensibilizados, queden muy educados y ya no requieran más, el proceso inicie y finalice y retome otro grupo y vaya llegándole a más población y también en otras patologías, que no trabajemos sólo diabetes e hipertensión sino que tenemos otras patologías que atender, muy asociadas a la higiene por ejemplo y todo lo que es promoción y prevención así sea una institución de segundo nivel, entonces tenemos que hacerlo y para allá tenemos que enfocarnos, parte del trabajo asistencial en Trabajo Social es ese, la educación”.

Se evidencia también que la percepción que del proceso de intervención tiene la Trabajadora Social es igualmente positiva, ratificando de este modo lo mencionado por los participantes de los grupos terapéuticos desde un punto de vista diferente.

Pero el proceso no sólo fue vivido por los pacientes y evidenciado por la profesional de campo, la estudiante de Trabajo Social también fue parte de éste como tallerista, estudiante y persona, pues en el proceso de práctica académica se fusiona lo profesional y propio de la carrera con las características y experiencias de vida de la estudiante.

Es inexplicable el sentimiento que genera empezar a poner en práctica todos los conocimientos que fueron aprendidos a lo largo de siete semestres, de tener contacto con realidades particulares ya no desde la perspectiva de estudiante o ciudadano, sino desde el punto de vista profesional. La práctica académica se convierte en el espacio en el que finalmente se pueden poner a prueba los aprendizajes obtenidos en el curso de la carrera e incluso la calidad del profesional en formación, lo que implicó una serie de retos a nivel personal, como el vencer miedos, creer en las capacidades propias y sobre todo a desarrollar aptitudes y actitudes que quizá estaban desde antes pero aún no se habían descubierto.

La práctica académica más allá de ser un proceso de preparación para el ejercicio profesional, es también un proceso de crecimiento personal, dado que como

estudiantes asumimos responsabilidades mayores, que implican empezar a desarrollar capacidades acordes con las tareas que se desempeñan. La práctica académica representó un reto muy grande, pues se tuvo que empezar a afianzar aspectos como la autoconfianza, dado que la timidez era una característica que no me permitiría avanzar en el proceso, en el cuál se necesitaba ser abierto y propositivo.

Fueron diversas las tensiones que durante el proceso de intervención viví, el tener que elaborar y ejecutar una propuesta todo por mi cuenta en vista que no contaba con la ayuda de un compañero de práctica, dudar de mis capacidades para elaborar un taller y simpatizar con la gente en vista que era tímida y poco expresiva, el que algunas de las actividades planeadas no concordaran con la postura metodológica que se había escogido y tendieran a favorecer posturas positivistas, todos ellos elementos que pudieron ser resueltos en el transcurso de la práctica gracias a la colaboración de personas como la supervisora, con quien podía desahogar mis miedos y reflexionar no sólo las formas de hacer, sino de ser.

En general, la práctica académica permitió que me visibilizara como una profesional y conocerme más, pues definitivamente fue un momento en el que me evalué a mí misma, sobre lo que podía y aquello que me costaba dificultad, dándome por tanto insumos para tomar nota y mejorar. La práctica que llevé a cabo en el Hospital Francisco de Paula Santander me permitió aprender y crecer y a pesar de los grandes desafíos, los pude afrontar por mis capacidades y por el apoyo de aquellas personas que constantemente estuvieron orientándome.

Se puede decir a partir de los relatos de los actores de la intervención que se cumplió con los objetivos planteados en la propuesta, habiendo logrando de este modo desarrollar un modelo alternativo a los modelos tradicionales que aún se usan para prevenir las enfermedades y promover la salud, esperando por tanto que por medio de la sistematización de esta experiencia se pueda dejar un legado, un conocimiento particular que sirva de guía para otros estudiantes y profesionales.

CAPÍTULO V

APRENDIENDO A SISTEMATIZAR SISTEMATIZANDO

Como fue establecido en capítulos anteriores, la sistematización de experiencias es un elemento importante para el Trabajo Social en vista que permite reflexionar sobre la acción y construir conocimiento propio. La sistematización de experiencias también es vital para los procesos de práctica académica de esta profesión, tanto así que la Universidad del Valle ha permitido a los estudiantes que optan por el título de Trabajador Social, presentar como trabajo de grado proyectos de investigación, siendo una alternativa la sistematización de la práctica académica.

Quiroz (Citado por Sandoval Ávila, 2005) indica que la práctica de la sistematización no ha logrado aún una fundamentación teórica sólida, lo que se expresa en la diversidad de intenciones y actividades que se cobijan bajo este término, desde informes ordenados sobre aspectos particulares de una práctica, hasta intentos de aportar en el plano teórico.

Suele confundirse a la sistematización con la evaluación y la investigación social, pero se debe tener en cuenta que la sistematización se centra en la dinámica de los procesos y la interpretación lógica de los mismos, a diferencia de la evaluación que mide los resultados obtenidos por las prácticas y la investigación social que enriquece la interpretación de la práctica directa que realiza la sistematización con nuevos elementos teóricos, que permite un grado de abstracción y generalización mayor (Sandoval, 2005: 114)

Quizá sea ésta la razón para que sean pocos los estudiantes que optan por sistematizar, en vista que no existe un único modelo que indique cómo hacerlo a diferencia de la investigación, que tiene elementos y momentos más definidos. También otra determinante en la decisión de sistematizar o no es el curso de seminario de monografía, pues es aquí donde se construye el proyecto de investigación o sistematización, pero al estar ubicado en el octavo semestre del pensum académico a la par con el primer nivel de la práctica, puede confundir al estudiante quien está apenas reconociendo la institución y realizando el diagnóstico sin haber definido

aspectos como el qué, por qué y para qué de la intervención, los cuales son necesarios conocer para elaborar el proyecto en el curso de seminario.

Por esta misma razón en seminario de monografía se elaboró en primera medida un proyecto de investigación relacionado con el tema de las enfermedades crónicas, el cuál fue aprobado con algunas modificaciones, pero dado que durante los últimos meses del proceso de intervención que se llevó a cabo en el Hospital con los pacientes diabéticos e hipertensos, la supervisora de práctica sugirió sistematizar la experiencia dado que se tenían todos los elementos para llevarla a cabo, la estudiante tomó la decisión y presentó un nuevo proyecto, esta vez de sistematización, que también fue aprobado, dando entonces vía libre para iniciar la sistematización.

Sin embargo, mientras se construía el proyecto de sistematización existía confusión para definir los ejes de sistematización y la metodología, por lo que fue necesario consultar a otros profesionales para que revisaran lo que se había elaborado y sugirieran mejoras. Del mismo modo se decidió que la sistematización se elaboraría con base en la propuesta de Oscar Jara pero también, se retomaron elementos de la propuesta de María de la Luz Morgan, que permitió que el registro de la información se llevara a cabo de forma completa, incluyendo la información del proceso de intervención y algunas observaciones que se tenían respecto al mismo.

Durante el desarrollo de la práctica académica la estudiante fue ordenada en torno a los apuntes que tomaba, entre ellos las actas de las reuniones con los grupos, los informes semanales, la planeación semanal, fichas técnicas y otros documentos, facilitando de este modo la reconstrucción del proceso que es fundamental para la sistematización

Oscar Jara considera que es vital haber vivido la experiencia para sistematizarla, lo que se hizo en el rol de estudiante y tallerista, además según Carvajal (2004), la reconstrucción del proceso vivido debe hacerse de forma participativa, por tanto se implementaron una serie de técnicas como la entrevista y la colcha de retazos, que permitieron conocer percepciones y recoger la voz de los actores en cuanto a lo que en el grupo terapéutico se hizo y lo que hubiera sido bueno mejorar.

Teniendo esto, para la actividad de la colcha de retazos se invitó a todos los miembros del grupo de pacientes diabéticos y al grupo de pacientes hipertensos por medio de llamadas telefónicas, pero sólo cuatro miembros del primer grupo asistieron y uno del segundo, siendo necesario volver a convocar a los pacientes hipertensos pero esta vez usando invitaciones en forma de rompecabezas, convocatoria a la que sí atendieron tres de sus integrantes.

De nuevo se subestimó la importancia de la convocatoria, además el que se hubiera perdido la rutina que tenían los miembros del grupo para asistir a las reuniones también fue un factor que influenció la asistencia a esta actividad, pues muchos ya habían empezado a trabajar o se habían ocupado en otras actividades, a pesar de ello los que pudieron recurrieron al llamado y expresaron lo que sobre el proceso de intervención pensaban y sentían.

Reflexionar sobre el proceso de práctica es un trabajo dispendioso, que requiere de tiempo y dedicación, además de tener buenos referentes teóricos e información organizada; fue gracias a ello que la sistematización pudo llevarse a cabo, además que se contó con el apoyo de la tutora quien orientaba la construcción del informe final.

Sistematizar también permite comunicar la experiencia, pues la intervención que se llevó a cabo tuvo un impacto importante en los actores cercanos a la misma, pero simultáneamente fue poco visibilizada por otros profesionales del Hospital Francisco de Paula Santander, en la medida que por cuestiones de tiempo y otras características del trabajo en la institución no se podían generar espacios para dialogar sobre el proceso que se estaba llevando a cabo, sumado a la timidez de la estudiante, quien aun sintiendo que había realizado un buen ejercicio de intervención psicosocial no buscó otras formas para compartir su trabajo por temor a exponerse a la crítica de los demás profesionales. Teniendo en cuenta esto, por medio de esta sistematización también se pretende recuperar las construcciones realizadas por los pacientes en el desarrollo de las sesiones grupales y que pueden aportar a fortalecer la adherencia al tratamiento de otros pacientes, mostrar resultados a la institución y dar a conocer un modelo alternativo para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento de personas con

diagnóstico de diabetes e hipertensión, saldando de este modo una deuda personal que pasa por lo profesional.

El modelo de Oscar Jara en su último punto indica la comunicación de los aprendizajes y, teniendo en mente este propósito, esta sistematización será resumida en materiales educativos (Anexo 13), dos folletos en el que se verán plasmados los aprendizajes de la experiencia, uno que será compartido con los pacientes diabéticos e hipertensos y otro con la comunidad académica y profesionales de la salud para que conozcan los resultados de dicha intervención y se convierta en un material útil para orientar futuras prácticas profesionales. En el Hospital Francisco de Paula Santander que fue el escenario en el que tuvo lugar la práctica académica, se socializará la experiencia de intervención psicosocial en el macro comité institucional, espacio que se abre a final de cada mes y en el que se reúnen los jefes de proceso a discutir los resultados de la gestión en cada uno de los servicios.

Para finalizar se puede decir que sistematizar la práctica académica implica orden en los escritos, participación de los actores, habilidades para interpretar y buenos referentes teóricos que sirvan para sustentar la información que ahí se plasma, haciendo un llamado a que no por la falta de un modelo de sistematización bien definido se deje de intentar, pues por el contrario, el tener flexibilidad para hacerlo permite explorar y le da la libertad al estudiante de elaborar la sistematización como le parezca, cumpliendo con unos referentes mínimos que permiten que el informe sea una sistematización y no otro proceso.

Esta sistematización de experiencias que emergió con la práctica académica, a pesar de los pequeños inconvenientes resultó valiosa dado que se logró interpretar y reconstruir la apuesta metodológica que se tuvo con la intervención, en la que se evidenciaban rupturas con metodologías tradicionales al implementar modelos alternativos participativos que le otorgaron otros sentidos a los pacientes y los ubicó en el lugar de sujetos y agentes activos en su propio tratamiento.

APRENDIZAJES

- La diabetes y la hipertensión son enfermedades crónicas que desde el ámbito clínico se definen como padecimientos que no tienen cura, además, afectan la calidad de vida de los sujetos y requieren de un cambio sustancial del estilo de vida, requiriendo de tratamientos médicos o mecanismos de afrontamiento personales, sociales y familiares que les faciliten mantener un buen estado de salud. Los mecanismos de cuidado son seguidos al pie de la letra por algunas personas, por otras parcialmente y otras no, configurando de este modo una situación de adherencia, adherencia parcial o no adherencia al tratamiento.
- Existen diversos factores que influyen en la adherencia al tratamiento, entre ellos el apoyo de la familia y amigos, los mecanismos de afrontamiento de la persona, la cultura expresada en tradiciones y la relación médico-paciente, encontrando que algunas de estas condicionan al sujeto en mayor medida que otras y que muchos necesitan apoyo para aprender o fortalecer sus habilidades de cuidado.
- En algunas instituciones de salud se desarrollan programas de educación al paciente que brindan pautas de cuidado a las personas con estos diagnósticos, sin embargo se tiende a mostrar aspectos negativos de la diabetes e hipertensión como consecuencia de la falta de cuidado, esperando que por medio del temor ocurra la adherencia al tratamiento, valiéndose también de discursos médicos que tienden a repetir las recomendaciones respecto a la dieta, el estilo de vida que se debe llevar y los medicamentos que deben tomar, sin dar espacio al diálogo y la reflexión.
- La propuesta de intervención que tuvo lugar en el marco de la práctica académica de Trabajo Social y que se elaboró como una alternativa al modelo clínico, se basó en posturas comprensivas que tenían en cuenta las experiencias de los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión, siendo un proceso participativo y grupal que buscaba de igual modo fortalecer la adherencia al tratamiento.

- Se puede decir que el abordaje de temáticas como la adherencia al tratamiento desde una disciplina perteneciente a las humanidades sí es posible, pues se tiende a creer que este campo concierne sólo a los profesionales de la salud, pero la experiencia que tuvo lugar en el Hospital Francisco de Paula Santander con los pacientes diabéticos e hipertensos ratificó que el Trabajador Social también es competente en este campo, aplicando modos de hacer distintivos de la profesión.
- Cualquier profesional que abordara la falta de adherencia al tratamiento debería conocer que una prevención basada en el miedo no es efectiva, tampoco lo es brindar información al paciente sin considerar su historia de vida y que en cambio, el asumir una postura de escucha y diálogo resulta mejor en vista que al tener en cuenta al paciente y sus saberes, se logra que éste se involucre en su proceso de autocuidado.
- La metodología basada en teorías comprensivas y complejas resulta más efectiva que aquellas con enfoques rígidos, estructurales y magistrales, dado que permite la participación de las personas y da cabida a la construcción de conocimiento de manera conjunta, partiendo de sus propias experiencias que favorecen la identificación con las temáticas abordadas y el compromiso que asuman con las mismas.
- El proceso de intervención que se llevó a cabo con los pacientes diabéticos e hipertensos tenía un componente pedagógico que no había sido evidenciado hasta que se realizó la sistematización, que permitió la reflexión sobre elementos pedagógicos como la relación educador-educando, la concepción de sujeto, la metodología implementada y la concepción ético-política.
- Se evidenció que los pacientes diabéticos e hipertensos más que necesitar educación sobre lo que pueden y no pueden hacer, necesitaban aceptar sus diagnósticos y que se les brindaran mecanismos alternativos para afrontar la enfermedad, pues la información sobre cómo cuidar su salud ya la tenían, pero dialogar sobre sus experiencias permitió que sus saberes se hicieran conscientes facilitando la adherencia al tratamiento.

- Los grupos de pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión que se conformaron responden a las dinámicas de los grupos de apoyo, ya que *“tienden a ser limitados en el tiempo y su existencia depende del interés y disponibilidad del líder o de la organización que los promueve. Si al finalizar un grupo de apoyo que ha sido iniciado y dirigido por un profesional sus componentes deciden continuar por decisión voluntaria, ese grupo puede entonces ser considerado como un grupo de autoayuda”* (Gracia; 1997: 45).
- Se hizo notorio que no es necesario establecer relaciones verticales entre el profesional y el paciente para cumplir con los objetivos de la intervención, el rol de experto es algo que de antemano el paciente otorga al profesional, por tanto, para generar empatía y lograr que en el grupo se presente un ambiente de confianza, el Trabajador Social o cualquier otro profesional más que afianzar su posición de poder, debe servir como orientador, porque se reconoce que el paciente es el protagonista de su proceso. Se procuró establecer una relación entre iguales pero teniendo en cuenta las percepciones de los miembros del grupo, en últimas se logró una relación paralela, según lo planteado por Paul Watzlawick y otros (1998) al formular los axiomas de la comunicación, específicamente el número 5.

“Interacción simétrica y complementaria.

Una relación simétrica se presenta en seres de iguales condiciones y se basa en la igualdad, en el trato como iguales, sin relaciones jerárquicas, la interacción puede considerarse simétrica (hermanos, amigos, compañeros). En una relación complementaria la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, se basa en la diferencia, es la que presenta un tipo de autoridad (padre-hijo, profesor-alumno, jefe-empleado). En una relación complementaria hay dos posiciones distintas: un participante ocupa la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente a inferior o secundaria, pero ninguno de ellos impone al otro este tipo de relación, sino que cada uno se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, sus definiciones de la relación encajan. También se puede dar una relación paralela, en la que se alternan simétrica y complementaria sin llegar a extremo”.

- La práctica académica es un proceso de preparación para el mundo laboral y el crecimiento personal que permite que nos acerquemos a la realidad desde una nueva

perspectiva, ya no como estudiantes o ciudadanos sino como futuros profesionales, lo cual implica el desarrollo de capacidades y cualidades que permitan que el proceso se lleve a cabo satisfactoriamente y que se construya identidad profesional.

- Respecto al proceso de sistematización de experiencias, es clave mencionar que esta modalidad investigativa permite escribir, analizar y reflexionar los procesos de práctica académica, llevando al estudiante de trabajo social a redescubrir los aciertos y desaciertos de su práctica para mejorar futuras experiencias; contrastar teoría y realidad; incentiva las capacidades crítica y reflexiva; y facilita la producción de conocimiento sobre las situaciones, los contextos y los sujetos involucrados en el ejercicio.
- Algunas veces puede resultar confuso sistematizar dado a que no existe un modelo concreto para hacerlo, lo cual debe ser tomado como una oportunidad para explorar nuevas formas y ser creativos a la hora de sistematizar, sin perder de vista que el objetivo principal es reflexionar e interpretar la experiencia. Para esta sistematización por ejemplo se usó el modelo de Oscar Jara, pero con el fin de hacerla más completa se incluyeron algunos elementos de la propuesta de María de la Luz Morgan.
- Realizar el informe de sistematización de experiencias es un reto de artesanía intelectual, en tanto que implica construir conocimientos desde esa diversidad de saberes y voces de los sujetos, dando lugar a diversas interpretaciones y permitiendo identificar nuevos elementos que surgen desde la práctica académica, como fue analizar el proceso de intervención teniendo como foco los elementos pedagógicos que a ella subyacían, que facilitó explorar aspectos como la metodología, ideologías de la intervención, concepción de sujeto y las relaciones que en el proceso se fortalecieron.

BIBLIOGRAFÍA

Bermúdez Peña, C. (2011). *La dimensión pedagógica de la intervención del Trabajo Social*. Prospectiva, (13).

Carvajal, Arizaldo (2004) *Teoría y práctica de la sistematización de experiencias*. 2da. Ed. Escuela de Trabajo Social, Universidad del Valle, Santiago de Cali.

Charry, Maritza (2006) *Intervención con familias en situación de enfermedad crónica*. Escuela de Trabajo Social, Universidad del Valle, Santiago de Cali.

Cubero, Rosario (2005). *Perspectivas constructivistas, la intersección entre el significado la interacción y el discurso*. Editorial Graó. Barcelona, España.

Galeano, Claudia., Ketty Rosero & Paula Velásquez (2011). *Reflexiones y retos de la práctica académica de Trabajo Social*. Escuela de Trabajo Social, Universidad del Valle, Santiago de Cali.

García, Beatriz., González Sandra., Quiroz Andrea & Velásquez Ángela (2002). *Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa*. Fundación Universitaria Luis Amigo. Bogotá

García, Dora (2001). *El grupo, métodos y técnicas participativas*. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Ghiso, Alfredo (2004). *Entre el hacer lo que se sabe y el saber lo que se hace*. Revista aportes, la sistematización de experiencias. Recuperado de <http://www.alboan.org/archivos/538.pdf>

Gordillo, Natty (2007). *Metodología, método y propuestas metodológicas en Trabajo Social*. Revista Tendencias y retos N° 12: 119-135

Gracia, Enrique (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Editorial Paidós. Barcelona, España.

Gutiérrez, Guillermo (2009). Apuntes generales sobre el taller terapéutico (Documento sin publicar).

Hospital Francisco de Paula Santander (2011). Perfil epidemiológico y datos socio-demográficos de usuarios consultantes.

Ibañez, Tomas (1994) *Psicología social construccionista*. Universidad de Guadalajara. México

Jara, Oscar (2006). *¿Cómo sistematizar? Una propuesta en cinco tiempos. En: Para Sistematizar Experiencias, Una propuesta Teórica y Práctica*. Tarea. Lima

Ministerio de la Protección Social (2008). *Actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 en personas de 45 años o más afiliados al régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno*. Anexo técnico resolución 1446 de 2008.

Navarro, José (2004) *Enfermedad y familia. Manual de intervención psicosocial*. Ed. Paidós. Barcelona

Oblitas, Luis Ángel (2006) *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2da. Ed. Thomson. México.

Organización Mundial de la salud. Concepto de Diabetes mellitus, Recuperado desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.htm>

Robertis, Cristina (2007). *La intervención colectiva en Trabajo Social*, capítulo 10. Grupo Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires, Argentina

Rodríguez, José Manuel y Polo, Fredy Hernán (2011) *Diversidad, cultura y salud: Los determinantes sociales de la salud en adherencia al tratamiento*. Universidad de Guanajuato. México. Recuperado desde <http://t.co/K6xxUSAXiX>

Rodríguez Aroldo (2009) *Psicología social*. Universidad Abierta y a Distancia. Colombia

Rogers, Carl (1981). *La persona como centro*. Editorial Herde. Barcelona

Sandoval, Carlos (2002). *Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social: La investigación cualitativa*. Hemeroteca nacional universitaria Carlos Lleras Restrepo. Bogotá, Colombia.

Sandoval, Antonio (2005). *Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social*. Editorial Espacio. Buenos Aires

Watzlawick Paul, Beavin Janeth, Jackson Don. (1998). *Teoría de la Comunicación Humana*. "Algunos axiomas exploratorios de la comunicación". Pág. 49-71.

ANEXOS

ANEXO 1

Formato de evaluación escrita

 HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER E.S.E	EVALUACIÓN	 Universidad del valle
---	-------------------	---

Califique de 1 a 5 la actividad del día de hoy, considerando que 1 es el puntaje más bajo y 5 la calificación más alta

Respecto a la actividad	Calificación				
	1	2	3	4	5
Cree que la actividad fue apropiada para el tema a tratar?					
Considera que la actividad fue debidamente organizada?					
La actividad realizada realmente aportó a su conocimiento?					
Considera que lo trabajado hoy le ayudará a manejar el diagnóstico de hipertensión					
Cree usted que se cumplió con los objetivos planteados?					
Respecto a la orientadora					
La actitud de la orientadora facilitó la reflexión de los temas abordados?					
La orientadora supo como guiar la actividad en pro del cumplimiento de los objetivos?					

Observaciones: _____

¿Qué aprendí, recordé o reflexioné el día de hoy?

ANEXO 2

Modelo planeación taller reflexivo de Guillermo Gutiérrez

“NOMBRE DEL TALLER”

MINUTOS	----	ACTIVIDADES
---------	------	-------------

2:10- 2:20 min.---Encuadre:

Bienvenida.

Objetivos de la actividad

Metodología que sustenta la intervención

2:20- 2:45min.--- Fase de construcción inicial.

Actividades a realizar

Instrucciones sobre cómo se llevará a cabo el taller

2:45- 3:20min.--- Recolección de datos

3:20- 3:40min.--- Plenaria, se dialoga sobre lo trabajado y sobre otros temas relacionados.

3:40- 3:50min.--- Devolución

3:50- 4:00min.--- Aportes y evaluación, por parte de la tallerista quien previamente ha investigado sobre el tema.

ANEXO 3

Volantes entregados durante la primera convocatoria a pacientes diabéticos e hipertensos



ANEXO 4

Lectura “Los diez mandamientos para vivir”

- 1.** No te debes preocupar, de las actividades humanas el preocuparse es la menos productiva.
- 2.** No tengas miedo, la mayor parte de las cosas a las que le tenemos miedo nunca suceden.
- 3.** No guardes rencor, éste es una de las cargas más pesadas de la vida.
- 4.** Debes enfrentar cada problema según llega, de todas maneras sólo puedes manejarlo uno a uno.
- 5.** No te llevas los problemas a la cama, son malos compañeros del sueño.
- 6.** No debes de tomar prestado los problemas de los demás, ellos pueden manejarlos mejor que tú.
- 7.** No debes revivir el ayer, para bien o para mal, se ha ido para siempre, concéntrate en lo que está pasando en tu vida y sé feliz ahora.
- 8.** Debes de ser buen oyente, sólo cuando escuchas obtienes ideas diferentes a las que tienes.
- 9.** No te debes “dejar caer” por la frustración. Hay un 90% de arraigo en la auto-compasión y sólo interfiere con una acción positiva.
- 10.** Debes contar tus bendiciones, sin pasar por alto las pequeñas, muchas bendiciones pequeñas hacen una grande.

Collages elaborados durante la actividad “Representando mi vida a partir de la diabetes.”



ANEXO 6

Casos usados para la reflexión en la actividad “¿Usted qué haría?” con los pacientes diabéticos

-Marina es una mujer de 54 años que vive en compañía de su esposo, Carlos de 63 y una hija de 26 años, Marcela, que recientemente se divorció y vino a vivir a su casa con sus 2 hijos, Karen de 2 años y Camilo de 6. Marina fue diagnosticada con diabetes desde hace 3 años y a pesar de ello no cuida su salud. Marcela constantemente se enfada cada que ve a su mamá comiendo alimentos o haciendo cosas que perjudican su salud, situación que incomoda a Marina quien expresa hacer lo que ella quiere con su salud.

¿Qué piensan ustedes de esta situación?

¿Qué le sugerirían a Marcela y Marina?

-Juan Miguel es un hombre de 48 años que vive con su esposa Jessica de 36 años y su hijo Johan de 17. Juan Miguel fue diagnosticado con diabetes desde hace 1 año y a pesar que ha dado lo mejor de sí para cuidar su salud, su esposa e hijo que no tienen adecuados hábitos de alimentación y vida dificultan el manejo de su enfermedad.

¿Qué piensan ustedes de esta situación?

¿Qué le sugerirían a Juan Miguel y su esposa e hijo?

-Carmen es una mujer de 62 años que vive sola desde que su esposo falleció hace 4 años. Fue diagnosticada con diabetes hace 6 años y desde que enviudó rara vez sale de casa y ha descuidado un poco su salud.

¿Qué le sugerirían a Carmen?

ANEXO 7

Preguntas realizadas durante la evaluación intermedia

1. ¿Cuáles fueron sus expectativas antes de empezar a ser parte del grupo?
2. ¿Qué pensó sobre el grupo cuando conoció de qué se trataba esta experiencia?
3. ¿Qué les gustaría que pasara con el grupo una vez terminen las sesiones?
4. ¿Qué es lo que les agrada de sus compañeros?
5. ¿Qué les ha aportado esta experiencia a sus vidas?
6. ¿Cuál ha sido el taller que más les ha gustado?
7. ¿Qué recomendaciones o sugerencias tiene respecto al grupo y las actividades que se han desarrollado?

ANEXO 8

Modelo del documento terapéutico entregado durante la sesión de cierre



Pacientes con diagnóstico de diabetes sosteniendo el documento terapéutico entregado en la sesión de cierre.

ANEXO 9

Figura humana usada en la actividad aprendiendo a controlar la ira y prevenir el infarto



ANEXO 10

Casos usados para reflexionar en la actividad “¿Usted qué haría?” con los pacientes hipertensos

-Marina es una mujer de 54 años que vive en compañía de su esposo, Carlos de 63 y una hija de 26 años, Marcela, que recientemente se divorció y vino a vivir a su casa con sus 2 hijos, Karen de 2 años y Camilo de 6. Marina fue diagnosticada hipertensa desde hace 3 años y a pesar de ello no cuida su salud. Marcela constantemente se enfada cada que ve a su mamá comiendo alimentos o haciendo cosas que perjudican su salud, situación que incomoda a Marina quien expresa hacer lo que ella quiere con su salud.

¿Qué piensan ustedes de esta situación?

¿Qué le sugerirían a Marcela y Marina?

-Juan Miguel es un hombre de 48 años que vive con su esposa Jessica de 36 años y su hijo Johan de 17. Juan Miguel fue diagnosticado hipertenso desde hace 1 año y a pesar que ha dado lo mejor de sí para cuidar su salud, su esposa e hijo que no tienen adecuados hábitos de alimentación y vida dificultan el manejo de su enfermedad.

¿Qué piensan ustedes de esta situación?

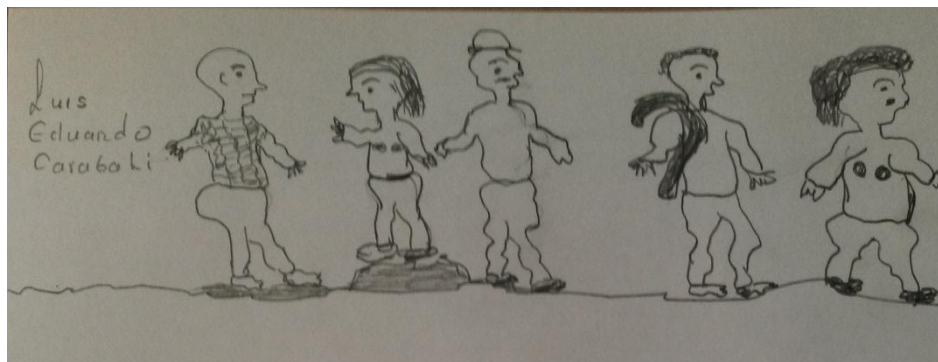
¿Qué le sugerirían a Juan Miguel y su esposa e hijo?

-Carmen es una mujer de 62 años que vive sola desde que su esposo falleció hace 4 años. Fue diagnosticada hipertensa hace 6 años y desde que enviudó rara vez sale de casa y ha descuidado un poco su salud.

¿Qué le sugerirían a Carmen?

ANEXO 11

Dibujo realizado por paciente hipertenso en la colcha de retazos que representa a la tallerista con “más poder”



ANEXO 12

Invitaciones entregadas a los pacientes con diagnóstico de hipertensión convocando a la actividad de la colcha de retazos.



Anexo 13

Folleto para la comunicación de la experiencia de intervención psicosocial

EL DIÁLOGO Y LA ESCUCHA SON
LA CLAVE PARA ESTABLECER
RELACIONES MÁS HUMANAS



Elaborado por: Jackeline Ariza

Trabajadora Social en
formación

Educación para la salud

Hacia intervenciones más humanas



Material educativo

Educación para la salud, hacia intervenciones más humanas.

En el marco de la práctica académica de Trabajo Social de la Universidad del Valle Sede Norte del Cauca en el periodo de Agosto de 2012 a Junio de 2013 se llevó a cabo un proceso de intervención psicosocial orientado a fortalecer la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión consultantes de los servicios del Hospital Francisco de Paula Santander.

De dicho proceso de intervención surgió una serie de aprendizajes que pretenden ser compartidos a lo largo de este folleto, con la intención de aportar y mostrar alternativas para desarrollar procesos de prevención y promoción de la salud en las instituciones que prestan este tipo de servicios.

A continuación se muestra un cuadro que contrasta el modelo clínico que ha sido usado tradicionalmente para realizar este tipo de procesos y la forma como se llevó a cabo la intervención desde la práctica de Trabajo Social

Elementos de la cuestión metodológica	Modelo clínico tradicional	Modelo implementado en el proceso de intervención de Trabajo Social
-Paradigma que sustenta la acción (El paradigma es el esquema a partir del que se concibe la realidad)	Positivismo	Constructivismo
-Concepción de sujeto	Pasivo, receptor de información.	Activo, protagonista del proceso y responsable de sus acciones.
-Lo ético-político (Refere a la intencionalidad de la intervención)	Estructura vertical dominante de donación de saber de parte del profesional al paciente.	Modificación de conocimientos, actitudes y prácticas a través del uso de los medios que la comunidad dispone para movilizar el carácter participativo y el ejercicio del autocuidado.
Métodos y técnicas implementados	-Consultas médicas -Charlas informativas	-Grupo terapéutico -Talleres reflexivos
Contenidos abordados	-Control de la glucemia y la tensión arterial -Cuidado de la piel y los pies -Detección de complicaciones agudas -Características de los medicamentos y su administración	-Significado del diagnóstico para el paciente -Alternativas de cuidado construidas por los pacientes -Naturalización de sentimientos causados por el diagnóstico -Dinámicas entre el paciente y la familia a partir del diagnóstico
Formas de evaluación	Cheques médicos, medición de la presión y la glucemia	-La evaluación es participativa, se indaga sobre los elementos que se quieren profundizar y lo que se puede cambiar

Es importante resaltar que hoy en día las instituciones de salud se han desligado un poco de las formas tradicionales para educar en salud, reconociendo que para ello se han iniciado procesos de humanización en la atención que pretenden transformar las formas como se presenta la relación profesional de la salud-paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que como profesional siempre se tenga presente:

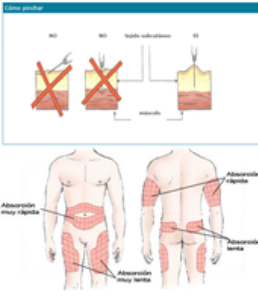
- Las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión no sólo afectan la parte física de la persona, también impactan sus emociones, su contexto familiar y social, haciendo importante el asumir al paciente como un ser integral y no sólo desde lo biológico.
- Una prevención basada en el miedo no es efectiva, tampoco lo es brindar información al paciente sin considerar su historia de vida, en cambio asumir una postura de escucha y diálogo resulta mejor en vista que al tener en cuenta al paciente y sus saberes se logra que éste se involucre en su proceso de autocuidado.

- Es importante empezar a enfocar la práctica médica en posturas comprensivas, en donde se reconozca al paciente como un sujeto, capaz de opinar y decidir sobre su salud.

- Hay que reconocer que los pacientes tienen diferentes modos de vida, por tanto el profesional más allá de brindar una información generalizable sobre el cuidado de la salud, se enfocará en brindar alternativas de cuidado de acuerdo a la particularidad del sujeto que está tratando.

Folleto diseñado para los pacientes

Que la diabetes E hipertensión no se Conviertan en el fin De tu mundo. Cuidate y vive Sin preocupaciones	 Elaborado por: Jacqueline Ariza Trabajadora Social en formación	La diabetes e hipertensión Información que usted debería saber Material educativo para personas con diagnóstico de diabetes e hipertensión 
--	--	---

La diabetes e hipertensión: infórmese Si usted ha sido diagnosticado con diabetes o hipertensión, a través de este folleto resolveremos una serie de inquietudes que frecuentemente personas como usted se preguntan: ¿Si tengo que empezar a aplicarme insulina significa que ya estoy desahuciado? La respuesta es NO. La insulina es una hormona producida por el páncreas que ayuda a mantener en equilibrio los niveles de azúcar (glucosa) en el cuerpo. Cuando se es diagnosticado diabético, significa que los niveles de glucosa están alterados y que existe una deficiencia de insulina, por tanto, cuando el médico le dice que es necesario inyectar la insulina, no significa que usted vaya a morir o que su estado de salud es muy grave, sino que es importante introducir en su organismo la carga de insulina que hace falta para nivelar la glucosa y de este modo usted pueda vivir saludablemente. ¿Por qué me desahucio cuando me aplico la insulina? Si esto le ocurre, significa que la cantidad de insulina que se está aplicando no es la indicada. Consulte a su médico y pídale que le cambie la dosis o el tipo de insulina que se inyecta.	¿En qué partes del cuerpo puedo aplicar la insulina? Existen una gran cantidad de lugares en donde usted puede inyectarse. La aplicación no debería generarle dolor, por tanto le mostraremos a continuación la forma correcta de hacerlo.  ¿Soy hipertenso y no presento ningún síntoma, significa que ya estoy curado? No, la hipertensión al igual que la diabetes son enfermedades que no tienen cura pero que son controlables. Es conocida comúnmente como "la enfermedad silenciosa" por tanto es importante que así se sienta bien, siga tomando los medicamentos recetados por su doctor y manteniendo un estilo de vida saludable.	¿Cuido mi salud con plantas medicinales, puedo seguir haciéndolo? En nuestro país es tradición el uso de plantas y medicina natural para el cuidado de la salud. Para la hipertensión se consume el agua de cascara de mandarina y para la diabetes está bien consumir el agua de guandú y el injo de raíz. Si puede seguir usando las plantas como mecanismo de cuidado, pero no es correcto reemplazar la medicina recetada por el médico. Las plantas medicinales son un complemento de la medicina tradicional. ¿Es normal que en ocasiones me sienta triste, enojado o confundido a causa de mi diagnóstico? Sí es normal. La diabetes e hipertensión son diagnósticos que no tienen cura y que implican cambios en el estilo de vida. No es fácil dejar de hacer algunas cosas que antes nos gustaban, dejar de comer nuestras comidas preferidas o en ocasiones empezar a depender de nuestra familia o amigos, por eso usted puede pasar por etapas en las que no acepta el diagnóstico, en las que siente rabia, que no sabe qué hacer, pero para ello es siempre bueno contar con alguien que le pueda orientar como un amigo, familiar o un profesional. El camino para aceptar el diagnóstico es progresivo, toma tiempo y pueden existir momentos en que usted siente que en vez de avanzar, retrocede, pues como seres humanos estamos llenos de emociones que son difíciles de controlar. Hablar de lo que siente es siempre un buen mecanismo para salir adelante y superar los estados de tristeza y confusión. 
--	---	---