

Dispositivos de intervención grupal en atención primaria de la salud

Autora: López Maisonnave, María Cruz¹

Pertenencia institucional: Departamento de Salud Mental, MGP – Facultad de Psicología, UNMdP.

¹ lmaisonnave@gmail.com / 2235754709

Resumen:

En el campo de la salud, muchas veces se despliegan dispositivos que persiguen cambios de hábitos. En este caso compartimos el trabajo realizado en el Caps Libertad del municipio de General Pueyrredón, donde implementamos un espacio semanal para pacientes con diagnóstico de diabetes y sus familiares. El trabajo con usuarios que padecen enfermedades crónicas –como es la diabetes– enfrenta a los profesionales que trabajamos en salud a acompañar procesos complejos. En este caso en particular, el tratamiento de la enfermedad se sostiene desde tres pilares: alimentación, medicación y actividad física. Desde las investigaciones de Lewin allá por los años '40 –cuando implementó grupos de decisión– no podemos desconocer la eficacia diferencial que aporta la escena grupal para el trabajo que persigue cambios de hábitos. El equipo interdisciplinario que llevó adelante la experiencia estuvo conformado por medicina general, enfermería, nutrición y psicología. El espacio tenía una duración de una hora y media con una frecuencia semanal. Desde el área de psicología se implementó un grupo de reflexión con el objetivo de constituir un espacio dónde algo de la tramitación de la cronicidad de la enfermedad pudiese ser posible.

Eje temático: Psicología de los Grupos

Subtema: Dispositivos alternativos de atención.

Palabras claves: hábitos – diabetes – dispositivo grupal

Me propongo en el presente, comentar una experiencia de trabajo realizada en el centro de atención primaria de salud Libertad, perteneciente al Departamento de Salud Mental, de la Secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredón.

El departamento de Salud Mental se propone entre sus acciones llevar adelante tareas de promoción, con el fin de mejorar o elevar la calidad de vida de la población; de prevención primaria dirigidas a la población sana, tendientes a evitar la enfermedad; de prevención secundaria para lograr el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno; de prevención terciaria tendientes al tratamiento adecuado de la enfermedad; y de rehabilitación dirigidas a superar las secuelas de la enfermedad.

Para responder a estos objetivos, en el campo de la salud, muchas veces se despliegan dispositivos que persiguen cambios de hábitos. En este caso compartimos los modos en los cuales psicología se sumó al “taller de diabetes”. La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por presentar niveles altos de glucosa en sangre (o azúcar en sangre). El azúcar en sangre (glucemia), cuando tiene valores por encima de lo normal, se lo denomina hiperglucemia, y cuando se sostiene en el tiempo puede dar lugar a complicaciones en diferentes órganos.

En tanto somos seres sociales, la cultura ofrece el tejido, la red de sentidos y significados sociales, y será desde sus simbolismos y representaciones a nivel colectivo desde los cuales nos podemos acercar a la construcción social de “la enfermedad: diabetes”.

Cuando la cotidianidad de altera...

El trabajo con usuarios que padecen enfermedades crónicas –como es la diabetes- enfrenta a los profesionales que trabajamos en salud a acompañar procesos complejos. En este caso en particular, el tratamiento de la enfermedad se sostiene desde tres pilares: alimentación, medicación y actividad física, lo que conlleva -para el usuario que padece la enfermedad- un enfrentamiento cotidiano con el sostener hábitos que son ni más ni menos que EL TRATAMIENTO.

“En un sentido práctico en el día a día del padecimiento de la enfermedad, el enfermo crónico, junto con su red de apoyo (familiar, social) más inmediata, toma decisiones y lleva a cabo acciones situadas fuera del terreno médico y que se inscriben en ámbitos de relación e interacción social donde el enfermo significa y da sentido a lo que le ocurre a partir de su propio lenguaje, de las representaciones que tiene sobre el concepto de enfermedad.” (Alfaro et al., 2006; Alcántara et al., 2004. En: González González, Tinoco y otros, 2011: 261)

El equipo interdisciplinario que llevó adelante la experiencia estuvo conformado por medicina general, enfermería, nutrición y psicología. El espacio tenía una duración de una hora y media con una frecuencia semanal.

Un pequeño rodeo que me habilitará a dar cuenta de los fundamentos que cimentaron los modos en los cuales psicología se incorporó al equipo. Cuando llegó el pedido de que psicología se sumara, este ya venía funcionando desde hacía un tiempo. Hacía meses, fundamentalmente desde medicina general, se venía sosteniendo el espacio. La modalidad en la que se llevaba adelante la tarea era la siguiente: cada disciplina se hacía cargo una vez por semana del taller, con una charla alusiva a la diabetes. Así, se hablaba de:

- pie diabético a cargo de enfermería.
- la relación de la diabetes con la enfermedad cardiovascular. MG
- alimentación y hábitos saludables. Nutrición.
- Tipos de diabetes: gestacional, prediabetes, diabetes de tipo 1 y diabetes de tipo 2. MG
- La prueba de hemoglobina glicosilada. Importancia del diagnóstico y del seguimiento en el tratamiento.
- Mitos de la diabetes. MG
- Etc...

Como decía, desde ésta modalidad de trabajo, una vez por semana los agentes de salud, usuarios con diagnóstico de diabetes y familiares se reunían en el zoom del Caps. En ese marco, invitan al servicio de salud mental a sumarse con un

pedido específico: si podía participar del taller y sumarme con algunas charlas. Claro que desde la disciplina se podría pensar en charlas sobre diabetes y ansiedad; la relación de la diabetes y la depresión; la conexión entre el cuerpo y la mente; o la tan demandada “estadios en la aceptación de la enfermedad” (negación, enojo, negociación, depresión, aceptación). Pero, desde las investigaciones de Lewin allá por los años '40 -cuando implementó grupos de decisión²- no podemos desconocer la eficacia diferencial que aporta la escena grupal para el trabajo que persigue cambios de hábitos.

Lo usual, en el ámbito de la salud es que el médico configura el tratamiento, da las pautas y ahí se agotan las posibilidades de acompañar un proceso, que quedan limitadas a los controles periódicos. Entonces, se hizo necesario aplicar la negociación, pero en un sentido diferente. Había que convencer a La Medicina, al Modelo Médico Hegemónico de que nuestra mejor opción no era dar una charla.... que no se trataba de decirle a lxs usuarixs lo que tiene que hacer, que eso no colabora en *sí, per sé* en la posibilidad de que lxs usuarixs lleve adelante los cambios de hábitos que se desean.

“El apego al tratamiento médico-farmacológico, y el cuidado mismo de la salud, pasan por una serie de filtros culturales, económicos y sociales que usualmente son ignorados por la imposición de una mirada hegemónica (la de la medicina), en la provisión gubernamental de servicio de salud, y ahí radica en mucho el fracaso de políticas que en este rubro reclaman grandes cantidades de recursos económicos pero que carecen de impacto entre la población de destino.” (González González, Tinoco y otros, 2011: 260)

Debo confesar que mis compañeras de trabajo no estaban muy convencidas. De cualquier manera, propusimos y sostuvimos sumarnos desde otra perspectiva. Desde el área de psicología se implementó un grupo de reflexión con el objetivo de constituir un espacio dónde circulara la palabra en la apuesta de que algo de la tramitación de la cronicidad de la enfermedad pudiese ser posible. Participábamos

² Los estudios de Lewin demostraron que la diferencia en relación a la eficacia para la modificación de hábitos es de un 3% para quienes asisten a clases conferenciales; y de un 32% para quienes participan de la modalidad “decisión de grupo”.

de todos los encuentros, pero una vez al mes, en el tupo de psicología la configuración cambiaba, nos sentábamos en círculo, nos mirábamos. “Todo dispositivo grupal define al sujeto como sujeto del vínculo; implica un espacio de apuntalamiento e identificador, en el que adquiere importancia la presencia real del tercero” (Edelman y Kordon, 2011:37) Se buscó trabajar la pertenencia, pero también la singularidad. Cómo cada uno transita la cotidianidad, cómo viven los festejos (tan atravesados por la comida en nuestro país); qué les sucedió cuando les dieron el diagnóstico, miedos de cada uno, las significaciones sociales de la enfermedad, los modos de acompañar de los familiares, etc. Como sabemos, el trabajo en los dispositivos grupales posibilita una función proteica (de enriquecimiento de la identidad personal), a la vez que una función protésica... de soporte. Entonces, transitarlo con otros, comenzó a ser una manera no tan solitaria para vivirlo, un modo de caminar el padecimiento con un grado mayor de alivio, otro modo de soportarlo.

Así fue como comenzaron a anudarse, a reconocerse mutuamente, a llamarse por el nombre, a ponerse de acuerdo para salir a caminar. Surgió el grupo de whatup y empezaron a avisar si alguien faltaba. A la dinámica diferente se sumó Nutrición, con talleres de cocina que suplantaron las charlas. Había lugar para las preguntas, claro, pero que se comenzaron a dar en el marco del intercambio de recetas, llevar diferentes alimentos para compartir, etc. Algo diferente sucedía. Llegó la pandemia y se paralizaron por largo tiempos las dinámicas a las que estábamos acostumbrados. Otras actividades como el triash o acompañar el funcionamiento de los Comités de emergencia barriales se impusieron.

Recién este año, “con el diario del lunes” como se dice coloquialmente, Medicina toma nota de la importancia del trabajo que veníamos realizando. Ahora, que pasó el tiempo y permite tener una perspectiva diferente se puede evaluar la tarea con lo que el modelo médico hegemónico tiene como herramienta: los laboratorios. Y entonces resulta que los índices de hemoglobina glicosilada estandarizada habían mejorado francamente mientras llevamos adelante la experiencia. Que aquellos usuarios que estaban estables o presentaban una alta

adherencia al tratamiento, habían mejorado notablemente en relación a la presentación clínica de la enfermedad. Se había promovido la participación activa de lxs usuarixs en el control y tratamiento de la enfermedad. Fue la pandemia, con su compás de espera, la que nos permite reconfirmar –también desde la mirada más dura de los índices de laboratorio- la importancia del trabajo que se lleva adelante desde los marcos conceptuales que sostienen la puesta en marcha de dispositivos de intervención grupal.

BIBLIOGRAFÍA

- Edelman L,y Kordon D (Comp) (2011). Trabajando en y con Grupos. Vínculo y herramientas. Cap. Dispositivos Grupales. Algunos fundamentos. Bs. As. Psicolibro Ediciones
- González González, N., Tinoco García, A. M., Benhumea González I., Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. Espacios Públicos [en línea]. 2011, 14(32), 258-279. ISSN: 1665-8140. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621319013>
- Lewin, K. Decisión de grupo y cambio social. En Newcomb y Harley (Eds) *Readings in social psychology*. New York, 1947.