



CON-TEXTOS

REVISTA del CONSEJO PROFESIONAL
de TRABAJO SOCIAL CABA

Las otras deudas

Memorias y posibilidades desde el Trabajo Social

Trabajo Social Situado

Abordajes grupales en promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en pandemia

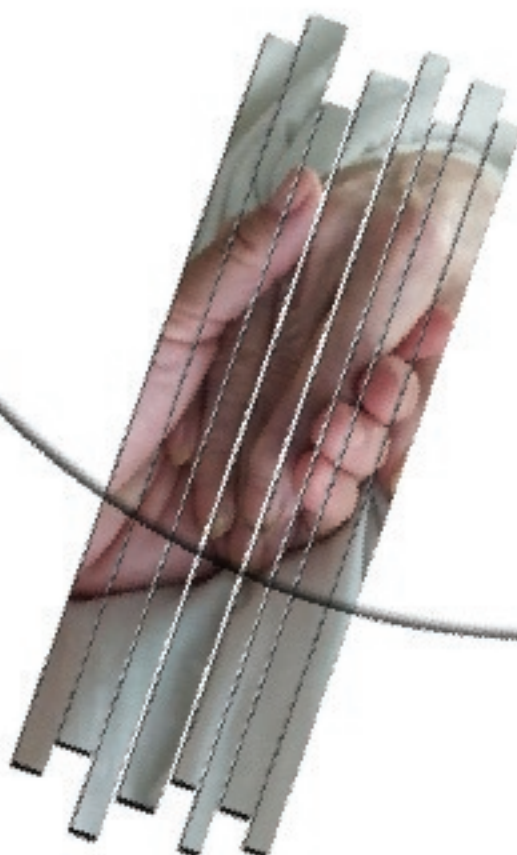
Por Yanina Belén Díaz

Fecha de recepción:	Marzo del 2022
Fecha de publicación:	Junio del 2022
Contacto:	Yanina Belén Díaz
Correo electrónico:	ybdiaz@hotmail.com

ABORDAJES GRUPALES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN PANDEMIA

**Díaz, Yanina Belén*

El siguiente análisis se pregunta sobre la viabilidad de la construcción de redes de cuidado en Atención Primaria de la Salud (APS), y la posibilidad de que las mismas sean virtuales en emergencia sanitaria. Se trata de un análisis de metodología cualitativa sobre los abordajes grupales y la construcción de redes de cuidado para promocionar la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) desarrollados por un equipo de salud de un Centro de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.) durante el periodo Abril 2020 - Julio 2021. Finalmente, se plantea como potencial la articulación entre ambos dispositivos para promocionar la salud y producir redes de cuidado en conjunto para prevenir y abordar las ECNT, y se vislumbra que se han podido crear redes de cuidado en APS aún en tiempos de emergencia sanitaria



*Yanina Belén Díaz- Trabajadora Social UBA. Residencia de Trabajo Social CABA. Diplomada en Géneros y Movimientos Feministas Facultad de Filosofía y Letras UBA. Especialista en Educación Sexual Integral Joaquín V. González.

INTRODUCCIÓN

El siguiente análisis de intervención se desarrolló en los dispositivos de Caminatas y Cesación Tabáquica (CT) de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la zona sur de la C.A.B.A., durante mi rotación en Atención Primaria de la Salud (APS) en el marco de la residencia de Trabajo Social de la C.A.B.A. Mi análisis se centra en los abordajes grupales realizados por ambos durante Abril 2020 - Julio 2021. Esta etapa fue signada por la pandemia de Covid-19 y la emergencia sanitaria que atravesó por completo la realidad y las dinámicas de toda la población, especialmente de los equipos de salud. Esta disrupción de la realidad generó nuevos procesos de trabajo en salud, y abrió posibilidades de cuidado de la población a través de las tecnologías de información y comunicación (TIC's).

¿Cómo seguir realizando promoción de la salud en contexto de emergencia sanitaria?
¿Cómo sostener los dispositivos grupales y las redes ya establecidas con la población? ¿Se pueden desarrollar redes de cuidado virtuales con la población que acude a los CeSAC's?

Estas preguntas guiaron el tema del presente análisis: los abordajes grupales en promoción y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y las redes de cuidado en el ámbito de la APS, a la luz de los conceptos de producción subjetiva de cuidado; redes y grupo.

La metodología utilizada es cualitativa, como instrumentos se han utilizado los cuadernos de campo, y los registros grupales interdisciplinarios de las actividades realizadas. Se han implementado las técnicas de observación participante; análisis de datos cualitativos; y de grupo operativo para analizar la grupalidad.

LOS DISPOSITIVOS: ABORDAJES GRUPALES COMO ESTRATEGIA Y DIMENSIÓN CUIDADORA

Los dispositivos de Caminatas y Cesación Tabáquica tienen como objetivo abordar las ECNT desde la perspectiva de promoción de la salud y prevención, reduciendo los factores de riesgo: en el caso del primero se realizan caminatas, actividad física y ejercicios de estimulación cognitiva; y el segundo tiene como objetivo el cese tabáquico a través de talleres. La población destinataria es: en el caso de Caminatas, adultos mayores; y en el caso de Cesación Tabáquica es la población de cualquier edad que quiera dejar de fumar.

Las ECNT son patologías de larga duración cuya evolución es generalmente lenta y al inicio sin síntomas. No se transmiten de persona a persona y han adquirido una gran relevancia ya que son la principal causa de muerte en el mundo y en nuestro país. Las principales son: diabetes; enfermedades cardiovasculares; enfermedades respiratorias y cáncer.

Ambos dispositivos trabajan de forma interdisciplinaria y se conforman de: Trabajo Social; Psicopedagogía; Antropología; Medicina General; la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción para la Salud (RIEPS); la Residencia de Enfermería General y Comunitaria (REGYC); y la Residencia de Trabajo Social.

Los equipos se posicionan desde la epidemiología crítica que analiza en su complejidad los

PSEAC (Proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado) condicionados por su determinación social. La primera categoría, según Sacchi y otras en Moglia (2018) alude a la heterogeneidad de la percepción del padecimiento de les usuaries, la misma es una construcción subjetiva y a la vez solo puede comprenderse contextualizada en su universo de creencias, valores y comportamientos, así como por sus condiciones materiales de vida. Con respecto a la determinación social de la salud, Breihl en González (2015) incorpora el concepto de la reproducción social en sus tres dimensiones general-particular-singular. Desde estos posicionamientos teóricos y éticos, se ubica a la persona con sus deseos y necesidades en el centro de los dispositivos, teniendo en cuenta su particularidad (condiciones de vida, acceso a TIC's y alfabetización digital, red social) y el contexto general, en este caso, la emergencia sanitaria atravesando la situación política-social-económica y cultural. Como equipo de salud se tuvieron en cuenta estas dimensiones para sostener los dispositivos a través de abordajes grupales.

En ambos espacios se tiene como premisa el cambio de un modelo médico hegemónico centrado en la atención y tratamiento de enfermedades a uno con foco en la producción de cuidado propuesto por Franco y Mehry (2011, p.18) como: ***"un modo de trabajar en salud que tiene como centro el campo relacional, abriendo el encuentro con los usuarios a espacios de habla, escucha, miradas y signos que tienen sentido para ambos"***. El concepto de cuidado, siguiendo a Michalewicz (2014) refiere al establecimiento de un vínculo sustentado en la ternura, empatía, miramiento, y buen trato.

Este modelo se encuentra fundamentado en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) que llama al reforzamiento de la acción comunitaria: para que la comunidad sea efectivamente protagonista en la toma de decisiones sobre la producción de su salud, deben ser tenidas en cuenta sus propias concepciones de cuidado. La autora Muñoz Franco (2009, p.392) propone el concepto de ***"cuidado de sí en salud"*** para denotar ***"una actitud con uno mismo, con los otros y con el mundo"***, esta noción abre la posibilidad de vislumbrar la heterogeneidad de mundos y visiones de vida, por lo tanto, la diversidad de prácticas de cuidado.

De acuerdo con Franco y Mehry (2011), el proceso de cuidado es intenso y dinámico, está condicionado por los afectos que se dan entre les trabajadores entre sí y con les usuaries. Es decir, que, a través de la construcción de vínculos, la producción de cuidado se abre al agenciamiento de nuevas prácticas y a la creatividad de les profesionales de la salud y la comunidad. Estas interacciones productivas promueven el enriquecimiento mutuo y pueden generar mayor adherencia a prácticas preventivas y saludables construidas de conjunto, y son facilitadas por el anclaje territorial de las ***"salitas"*** dentro de las comunidades. Cabe aclarar que les caminantes denominan al CeSAC de esta manera, denotando la existencia de un vínculo con el efector y sus trabajadores, inclusive elaboraron un poema a la Salita y lo colocaron como descripción del grupo de what's app del dispositivo que funcionó durante el aislamiento.

Para promover estas interacciones productivas en salud, considero fundamental el enfoque de red social desarrollado por Dabas en González (2015) quien plantea que es: un

un sistema abierto y multicéntrico, donde se generan intercambios dinámicos entre los integrantes de diferentes colectivos, posibilitando la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de sus necesidades.

Estas redes pueden ser productoras de cuidado: los trabajadores de la salud producen cuidado hacia los usuarios cuando desarrollan espacios de amparo, acogida, responsabilización y vínculo. Mehry (2006) propone la creación de dispositivos centrados en el usuario y que este impacte en el modo en cómo se gestionan los mismos, entendiendo la producción de salud como una actividad relacional.

Por ejemplo, en el dispositivo de Caminatas, se conforman redes y estrategias de cuidado mutuo entre sus participantes (Capo et al. 2014): donde se producen intercambios de apoyos cognitivos (intercambio de saberes y experiencias); apoyos emocionales (compañía, afecto, reconocimiento y escucha); y apoyos instrumentales (acompañamiento a medicinas, trámites).

En los dos dispositivos se escoge como estrategia el abordaje grupal, donde se ponen de relieve el desarrollo de los vínculos entre los participantes y las dimensiones subjetivas para propiciar la construcción de redes de cuidado entre ellos y con el equipo de salud. Analizo los abordajes grupales desde el marco de referencia de la psicología social, que propone la técnica de Grupo Operativo, centrada en forma exclusiva en una tarea que puede ser: el aprendizaje; la curación; la construcción de redes de cuidado; la promoción de la salud; entre otras. Desde esta técnica se aborda la tarea explícita propuesta por el equipo de salud, y lo que subyace a ella de forma implícita: ***“que apunta a la ruptura, a través del esclarecimiento de las pautas estereotipadas que dificultan el aprendizaje y la comunicación”*** (Rivière, 1969, p.153).

Con respecto a la grupalidad en los dispositivos, los caminantes y el equipo de salud coordinador, se constituyeron como grupo y generaron una grupalidad única y particular, ya que el grupo está conformado desde el año 2003 por las mismas personas manteniendo las variables de tiempo y espacio. En mi opinión, esto fue lo que permitió que durante todo el ciclo investigado se mantuviera constante la participación a través de un grupo de *what's app* sosteniendo el encuadre de tiempo (bisemanal de 2hs., los mismos días): desarrollando un espacio para los ejercicios físicos a través del envío de videos; y el espacio de taller mediante dinámicas propuestas por las coordinadoras resueltas por ellos a través del intercambio de mensajes de voz y textos. La grupalidad se constituyó como sostén de este grupo de personas y de las coordinadoras, ya que mantener una actividad de promoción y producción de la salud significó cuidado y bienestar en tiempos de emergencia sanitaria.

En cuanto a la grupalidad de Cesación Tabáquica, este comenzó en abril del 2021. Por otro lado, la propuesta es que los grupos se reúnan físicamente en el efector durante cinco talleres coordinados por el equipo de salud. Se da una grupalidad diferente, limitada por la duración de los talleres y la continuidad del proceso de cesación.

Considero que los talleres de Cesación Tabáquica tienen el potencial de: permitir el acompañamiento grupal entre pares para sostenerse entre ellos y dejar de fumar; formar vínculos y redes fomentando la cooperación y la participación comunitaria; intercambiar experiencias y conocimientos en un clima de confianza; generar encuentros donde elaborar estrategias sustitutivas a fumar de conjunto; y sobrellevar los síntomas de abstinencia. Por último, en estos talleres el equipo se propone orientar al grupo hacia su propia búsqueda de estímulos positivos que les motiven a seguir con su proceso de cesación en su trayectoria individual con la premisa de que el proceso será exitoso si se enfoca en los propios motivos de la persona para dejar de consumir tabaco y no en generalidades o en las creencias del equipo de salud.

Un eje primordial de los dispositivos basado en la Declaración de Alma-Ata para la promoción de la salud (1978), es la participación comunitaria: la cual, en el caso de les caminantes, favorece una ruptura con la visión de adúlte mayor como objeto de asistencia y les coloca en un rol activo como productores de la realidad en la que viven. Con respecto a la adaptación del dispositivo al contexto de pandemia, la virtualidad hizo dudar al equipo de salud sobre la viabilidad del dispositivo en esas condiciones. Sin embargo, se mantuvo una participación constante y activa de les mismos tomando las propuestas del equipo, y el grupo sirvió para que siguieran conectades entre ellos mientras no podían salir de sus casas, ya que se registró comunicación no solo durante el momento de la tarea grupal. En el cierre del año 2020, trabajando lo que significó el grupo para ellos, dos de las participantes expresaron: ***"En el grupo somos como una familia y de las que se llevan bien"***; ***"Siempre sentí la contención del grupo"***.

En cuanto a los obstáculos que surgieron, los mismos se debieron a la falta de conocimiento sobre el uso de TIC's tanto para les usuaries como para las coordinadoras, concretamente, no saber sacarse una foto modo ***"selfie"***; grabar un video con el dispositivo móvil; o incorporarse a un encuentro virtual sincrónico. Lo cual fue resuelto realizando videos tutoriales para les caminantes. Esto significó un aprendizaje para el equipo de salud, de cómo enseñar sobre el uso de estas tecnologías, formándose de manera autogestiva sobre la utilización de nuevas herramientas.

Finalmente, a mi entender, es posible una articulación entre ambos dispositivos por sus puntos de conexión: el enfoque teórico-metodológico de abordajes grupales en promoción y prevención de ECNT, y su perspectiva de trabajo interdisciplinaria con enfoque en la determinación social de los PSEAC. Me pregunto si es posible esta articulación teniendo en cuenta que son diferentes las poblaciones que participan de los dispositivos en términos generacionales: ¿Se podrá participar de forma simultánea o transitiva de uno a otro? ¿Cómo combinar ambas modalidades al ser uno acotado y otro permanente? ¿Se pueden articular actividades de promoción de la salud entre ambos equipos? ¿Es posible crear una red de cuidados que aborde las ECNT entre les trabajadores de la salud y la comunidad?

CONSIDERACIONES FINALES

En conclusión, retomando las preguntas iniciales, se puede llegar a una aproximación a las

respuestas a partir del análisis realizado: aún en contexto de emergencia sanitaria es posible realizar actividades de promoción de la salud; desarrollar dispositivos grupales y sostener las redes ya existentes con la población, e inclusive crear nuevas como la del equipo de Cesación Tabáquica. Es posible virtualizar las redes de cuidado ya existentes generando nuevas modalidades de encuentro a través del agenciamiento de prácticas innovadoras para los equipos de salud y la población, teniendo en cuenta su contexto socio económico, su singularidad, y acceso a TIC's.

En segundo lugar, en mi opinión, ambos dispositivos se pueden potenciar y así generar una disminución de la prevalencia de tabaquismo y su prevención; la promoción de ambientes libres de humo de tabaco; la prevención de las ECNT; y la promoción de la salud integral; desde una mirada amplia que incluya la determinación social de los PSEAC: condiciones de vida; estructura de producción; acceso a TIC's; legislación; estructura urbana; ámbito socioeconómico y cultural; modos de vida y de cuidado de sí; etc.

Por último, a mi juicio, es esencial la construcción cotidiana de redes de cuidado desde la APS para la producción de la salud de usuarios y trabajadores, poniendo como eje central la construcción del vínculo y la inclusión de las diferentes prácticas de cuidado que existen en la comunidad.



BIBLIOGRAFÍA

CAPO N. & FARETTA F. & FONTANA A. & QUATTRUCCI C. & SANTOMASO C. *Sistema Público de Salud, vínculos y cuidado entre los adultos mayores. Tejiendo redes en el dispositivo de Caminatas del CeSAC 7.*

FRANCO, T. & MERHY, E. (2011). *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado.* Salud Colectiva. Buenos Aires, 7(1), 9-20.

GONZÁLEZ, G & LASPIUR S.; COORD. L' HOSPITAL. (2015). *Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT: destinado a equipos de salud* (1ªed). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud de Nación/REDES.

GONZÁLEZ, G. (2016). *Abordaje integral de Tabaquismo* (1ªed). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación/REDES.

LASPIUR, S. (2016). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC* (2a ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación/REDES.

MERHY, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

MUÑOZ FRANCO, N. E. (2009). *Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud.* SALUD COLECTIVA, 5, 391-401.

MICHALEWICZ, A., PIERRI, C., & ARDILA-GÓMEZ, S. (2014). *Del proceso de salud /enfermedad /atención al proceso salud /enfermedad /cuidado: elementos para su conceptualización.* Anuario de investigaciones, 23(1), 217-224.

MOGLIA, V. (2018). *¿El cambio en el estilo de vida es posible?: Reflexiones sobre proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, enfermedades crónicas y representaciones sociales.* En X Jornadas de Sociología de la UNLP 5 al 7 de diciembre de 2018 Ensenada, Argentina. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978). *Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.*

Recuperado de:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
[Consultado: 17 de marzo de 2022]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.*

Recuperado de:
<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawecharters.pdf>
[Consultado: 17 de marzo de 2022]

RIVIÈRE, P. (1969) *Estructura de una escuela destinada a la formación de psicólogos sociales.* Trabajo presentado al Congreso Internacional de Psiquiatría Social. Londres, agosto de 1969 y publicado en la Revista de Psicología, Año I, nº 2, 1969.